

78 III/2002

von Zahnärzten für Zahnärzte

DAZ  
forum

21. Jahrgang 2002 Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ  
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ

**zur Kammerwahl in Berlin**



Belgisches Fluorid-Verbot?

Stressfreie Zahnmedizin  
DAZ-Jahrestagung 28.09.02

Der gute Zahnarzt

Teure Polemik

Prophylaxepaxis

Einzel- oder Gruppe



DAZ, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Postvertriebsstück  
Entgelt bezahlt G8845

# 661 #

Thomas  
Murphy  
Poppenbütteler Chaussee45  
22397 Hamburg



# 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**

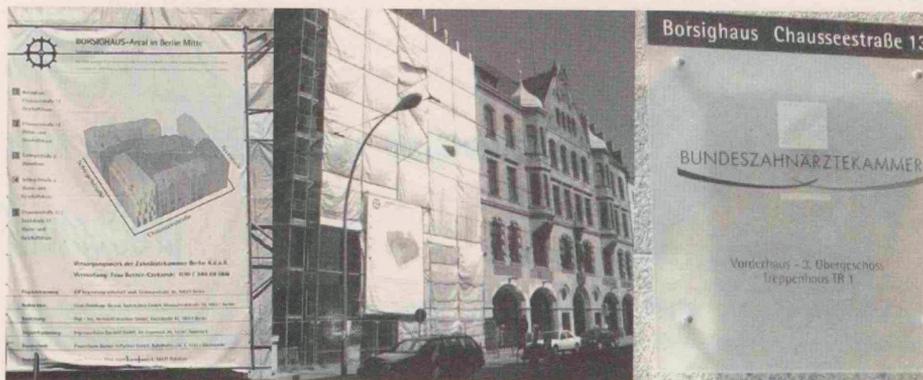
## **cercon** smart ceramics®

[ˈsə:rkɔn sma:t sɪˈræmiks]

(international) (Zahntechnik, neu):  
Bezeichnung für ein einzigartiges  
System, das die extrem hohe  
Festigkeit und Bioverträglichkeit  
von Zirkonoxid für vollkeramische  
Restaurationen in natürlicher  
Ästhetik nutzt. Dabei bietet es dem  
Zahnarzt den Vorteil der gewohn-  
ten Zementierung und der hohen  
Bruchsicherheit selbst bei bis zu  
viergliedrigen Brücken. Siehe auch  
[www.cercon-smart-ceramics.de](http://www.cercon-smart-ceramics.de)

**Degussa Dental**

*a healthy world smiles*



Das Borsighaus – eine weitere Investitionspleite des Berliner Versorgungswerkes: Mit Millionengeldern der Rentenkasse Berliner Zahnärzte wird es erworben und renoviert um dann zu einem Betrag jenseits jeder wirtschaftlichen Vernunft langfristig an die Bundeszahnärztekammer vermietet zu werden. Eine Verlustfestschreibung auf Jahrzehnte (siehe auch Seite 34).

## Inhalt

### Editorial

Mit Marketing zur Superpraxis *H.-W. Hey* 3

### Gesundheitspolitik/Berufspolitik

Belgisches Fluorid-Verbot? *St.Zimmer* 5

Grundsätze für eine Praxisführung *E.Riedel* 7

Für alle anderen versauen! *R.Ernst* 8

Zahnärztliche Leistungen privatisieren *A.O. Kern* 10

Stellen Sie sich vor es gibt einen neuen BEMA *Ernst* 16

Teure Polemik *H.-W. Hey* 18

VdAK-Chef Rebscher unterbreitet Angebot 21

Stressfreie Zahnmedizin + DAZ-JHV 23

### Kammerwahl Berlin

Kammerwahlkampf in der Hauptstadt *W.Kolossa* 25

Nicht noch einmal vier Jahre! *P.Nachtweh* 26

Kandidaten und Wahlaussage BUZ 28

Kandidaten und Wahlaussage DAZ 29

Rente adé ? *E.Schütte* 31

Borsighaus *W.Kampmann* 34

### Schwerpunktthema

Konzept in der Prophylaxepraxis *S.Günther* 35

Tipps für eine Praxisübernahme *U.Scheybal* 44

Einzel- oder Gruppenpraxis *E.Hübner* 40

Pleiten, Pech und Pannen *Großböting/Schnieder* 46

Laborsuche – mal anders *Thiele/Temme* 49

Praxisverkauf *Großböting/Schnieder* 53

### Für die Praxis

Investitionsfinanzierung *P.-F.Rumold* 55

Blaue Wunder gibt es *U.Happ* 60

Plastikgeld *M.Wenzel* 62

### Fortbildung

Das kranke Kiefergelenk *U.Frenzel* 64

Brückenerweiterung mit CBW *Polei/Ivanov* 68

Buchbesprechungen 71

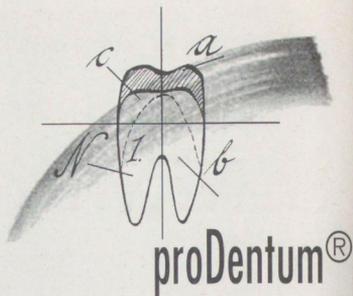
Termine 74

### Verbandsnachrichten

Selbstdarstellung DAZ 75

Selbstdarstellung BUZ 77

Kontaktadressen 79



Damit ein Lächeln  
nicht  
Die Welt kostet!

..... liefert **proDentum®** Dentaltechnik bundesweit erstklassigen Zahnersatz zum verblüffend günstigen Preis und zur Freude der Patienten. Zum Nutzen der Zahnarztpraxis, die dadurch auf verstärkte Empfehlungen zählen kann. Die Spezialisierung auf die Verwendung von NEM und TITAN aus Verträglichkeits- und Kostengründen begeistert unsere vielen Kunden seit langem. Auch weil wir eine extrem niedrige Reklamationsrate z.B. bei Kombi-Arbeiten verzeichnen.

Die BEL-Preislisten haben wir mindestens um 20% abgesenkt!

**Unsere Preise für außervertragliche Leistungen sind fast sprichwörtlich:**

Keramikverblendung:	ab Euro 29 (AVV 29)	Goldinlay:	Euro 55
Teleskop:	ab Euro 99 (AVT 99)	Empress-Inlay:	Euro 75

**Lassen Sie sich einen unverbindlichen Kostenvoranschlag erstellen.  
Faxen Sie uns einen HKP, der hohe Laborkosten beinhaltet.  
Vergleichen und staunen Sie!**

**Kostenlos anrufen: 0800 - 469 00 80**

E-mail: [info@proDentum.de](mailto:info@proDentum.de)

**Fax: 030 - 469 00 8 99**

Internet: [www.prodentum.de](http://www.prodentum.de)

## Mit Marketing zur Superpraxis?

H.-W. HEY

Inzwischen vergeht kaum noch eine Woche, in der wir im Praxisbriefkasten nicht schon wieder einen Prospekt finden über Seminare oder Crash-Kurse zum Thema Praxis-Marketing. Wenn ich mich telefonisch bei irgendeinem Arzt anmelde und höre: Hier ist die Praxis Dr. X., mein Name ist Meier, was kann ich für Sie tun? - dann weiß ich, dass Frau Meier an einem solchen Kurs teilgenommen hat. Wunderbar, wenn in der Praxis Dr. X. dann auch wirklich etwas für mich getan wird, dass ich nicht lange warten muss z.B., oder mir gesagt wird, dass es - aus akuten Gründen - noch etwas dauert, vor allem aber, dass mir das Gefühl vermittelt wird, ernst genommen zu werden und nicht lästig zu erscheinen.

Schlechter dagegen, wenn zwar die Sprüche vom Marketing-Kurs übernommen worden sind, der Patient aber das gleiche arme Würstchen ist wie vorher und froh sein kann, dass er überhaupt einen Termin bekommen hat, und gefälligst warten soll, bis er aufgerufen wird.

Wenn man die eigene Praxisgründung ins Auge fasst, und das ist ein Hauptthema dieses Heftes, sollte man sich nicht nur mit der Technologie, mit Ausstattungsfragen und Abrechnungsmodalitäten beschäftigen,

sondern - am besten unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen - intensiv darüber nachdenken, was man mit seiner Arbeit erreichen will und wie man mit den Patienten umgeht. Deren Wünsche und Vorstellungen sind in letzter Zeit von verschiedenen Institutionen hinterfragt worden, z.T. zwar auch wieder unter dem Marketing-Blickwinkel mit dem Ziel, was kann ich den Leuten noch zusätzlich verkaufen?, z.T. aber auch sehr offen, seriös und ganzheitsbezogen:

Da haben die Patienten z.B. als »wichtig und positiv« bewertet

- die psychosoziale Qualität der Betreuung
- die med.-technische Qualität (der Ausstattung und der Behandlung) und
- die Atmosphäre während der Behandlung

Mit dieser Thematik befassen sich auch die Beiträge von R. Ernst auf den Seiten 8 und 16 dieses Heftes und von E. Riedel auf S.7.

Der sicherste Weg, sich einen großen, zufriedenen Patientenstamm aufzubauen, ist zugleich der mühsamste: sich wirklich um jede kleine

Druckstelle zu kümmern, sich für das, was Patienten mitteilen, wirklich zu interessieren, so schmerzlos und schonend wie möglich zu behandeln, den Patienten zu erklären, was man macht, seriöse Kostenpläne zu erstellen und diese nicht wesentlich zu überschreiten, und vor allem: gründlich, sachgerecht und mit vertretbarem Aufwand zu behandeln. Wenn Sie meinen, das seien doch Selbstverständlichkeiten, haben Sie natürlich Recht - die Patientenbefragungen haben aber gezeigt, dass dem nicht so ist.

Nur wer sich auch um Kleinigkeiten kümmert, erwirbt so viel Vertrauen, dass er keine langen Überzeugungsgespräche führen muss, wenn mal eine größere Sanierung ansteht. Allerdings muss dieses Vertrauen immer wieder durch neue Anstrengungen erhalten werden.

Es wäre für den ganzen Berufsstand vorteilhaft, wenn sich langsam herumsprechen würde, dass nicht der marketing-trainierte Smartie,

sondern der solide, verlässliche und qualitätsbewußte Zahnarzt auf Dauer die erfolgreichere Praxis haben wird - und zwar auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Vom Vorteil, sich jeden Tag im Spiegel anschauen zu können, ganz zu schweigen.

# Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

**Zahnarzt**  
Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:  
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr  
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

**Frauenarzt**  
Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung  
Telefon 84 10 90 40

infocard@infocard-berlin.de

**Schnelldienst**  
unverbindlicher Hausbesuch  
in Berlin

**InfoCard** Tel. (030) 84 10 90 40  
Fax (030) 84 10 90 41

## Belgisches Fluorid-Verbot?

STEFAN ZIMMER

DAZ-Prophylaxe-Referent, Berlin

Die Deutsche Presse Agentur (DPA) meldete Ende Juli, dass die belgische Regierung ein Verbot des Verkaufs von Fluorid plane, und zwar in Form von Tabletten, Tropfen und Kaugummis. Als Grund dafür wurden eine steigende Prävalenz von Fluorose und Osteoporose genannt sowie angeblich neue Erkenntnisse über Fluoridrisiken. Beim näheren Hinsehen zeigte sich schnell, dass die Risiken, von denen die Rede war, nicht auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhten, sondern es waren die guten alten Bekannten aus der Mottenkiste der Fluoriddiskussion, teilweise vielleicht etwas kreativer verpackt („...verursacht einen niedrigen Intelligenzquotienten“), aber eben doch nichts Neues. Die Behauptung, dass die Fluorose in Belgien zugenommen hat, ist allerdings richtig, eine Untersuchung von Carvalho et al. hatte kürzlich gezeigt, dass milde Symptome einer Fluorose zwischen 1983 und 1998 von 5 auf 30% zugenommen haben. Allerdings nahm in diesem Zeitraum auch der Anteil kariesfreier 12-Jähriger von 4 auf 50% zu. Man muss sich in diesem Zusammenhang also fragen, was schwerwiegender ist: schwarze Löcher, die Schmerzen verursachen und zum irreversiblen Verlust von Zahnschubstanz führen, oder diskrete weiße Flecken, die nach einer Studie an Jugendlichen in Großbritannien nicht einmal ästhetisch störend sind.

Für eine Zunahme der Osteoporose in Belgien gibt es keine Belege, noch weniger ist natürlich belegt, dass es einen kausalen Zusammenhang zu Fluorid gäbe. Bekannt ist, dass Fluorid in hohen Dosen, die weit oberhalb der zur Kariesprophylaxe empfohlenen Mengen liegen, auf lange Sicht zu einer Knochenverdichtung führen kann. Auch wird Fluorid in sehr hohen Dosen zur Therapie der Osteoporose eingesetzt.

Die Gesetzesvorlage, für die die grüne belgische Gesundheitsministerin Magda Aelvoet verantwortlich zeichnet, hat übrigens nicht, wie teilweise gemeldet wurde, auch Fluoridzahnpasten zum Gegenstand, sondern es geht „nur“ um Lebensmittel-Ergänzungstoffe, zu den denen in Belgien, anders als in Deutschland, auch Fluoridtabletten gehören. Diese sollen durch das Gesetz auch keineswegs verboten, sondern lediglich verschreibungspflichtig werden. Ihre Anwendung wird in der Vorlage für Kinder von zwei bis zwölf Jahren sogar empfohlen, was nun wiederum überhaupt nicht zur Entwicklung im übrigen Europa passt, wo ja gerade der Ausstieg aus der Tablettenfluoridierung vollzogen wird.

Interessanterweise verschmähten die Medien weitgehend die Gelegenheit, mit der Meldung aus Belgien das „Sommerloch“ zu stopfen. Sie zeigten sich im Gegenteil sehr gut informiert und an

einer sachlichen Berichterstattung interessiert. Das ist ein Indiz dafür, dass die Aufklärungsarbeit der vergangenen Jahrzehnte zum Thema Fluorid, an der ja auch der DAZ tatkräftig mitgewirkt hat, nicht umsonst war.

Ob die belgische Gesetzesvorlage tatsächlich Gesetz wird und inwieweit dieses von der EU möglicherweise blockiert wird, sei dahingestellt. Eine Neufassung der gesetzlichen Regelungen zu Nahrungsmittelergänzungen auf europäischer Ebene steht allerdings ohnehin an und wird durch den belgischen Vorstoß wahrscheinlich beschleunigt. Nach den Worten von Frau Aelvoet war das auch ein Ziel ihrer Vorlage.

In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union gibt es unterschiedliche Regelungen bezüglich Fluorid, die einer Harmonisierung bedürfen. So ist in einigen Ländern fluoridhaltiges Speisesalz zugelassen, in anderen (Großbritannien) gibt es Trinkwasserfluoridierung. In Belgien sind Fluoridtabletten eine Nahrungsmittelergänzung, in Deutschland ein Arzneimittel. Auf einen Fluoridgehalt in Mineralwässern, der in Belgien Werte über 9 ppm erreicht, muss dort nicht einmal hingewiesen werden. Alle diese Dinge, von denen hier nur wenige beispielhaft genannt wurden, müssen europaweit geregelt werden. Bereits heute ist es angesichts der kaum kontrollierbaren Quellen für eine systemische Fluoridaufnahme nicht möglich, diese im Rahmen einer individuellen Anamnese auch nur annähernd zu bestimmen. Sicherlich gehen keine gesundheitlichen Gefahren von diesen Fluoridquellen aus. Ich verweise auf die eingangs beschriebene Entwick-

lung der Fluorose in Belgien und deren Bedeutung. Aber es sollte schon unser Ziel sein, die Quellen der Fluoridzufuhr besser einschätzbar und damit Fluorid exakter dosierbar zu machen. Insofern halte ich es für vernünftig, die Fluoridquellen in einer europäischen Regelung zu begrenzen und nicht einfach eine Addition dessen vorzunehmen, was wir jetzt in Europa vorfinden. Zum Beispiel plädiere ich dafür, den Zusatz von Fluorid in Lebensmitteln auf Speisesalz zu beschränken. Dort, wo es eine Trinkwasserfluoridierung in Europa gibt, sollte sie allerdings nicht unterbunden werden, sondern vielmehr mit dem Handel eine Regelung gefunden werden, dass dort kein Fluoridsalz angeboten wird. Aber brauchen wir wirklich fluoridhaltige Kaugummis? Und brauchen wir wirklich Fluoridtabletten als OTC-Produkt oder sind diese nicht als Arzneimittel, vielleicht sogar in Verschreibungspflicht, besser aufgehoben?

Zumindest eine Idee in Frau Aelvoets Gesetzesvorlage halte ich unter diesen Prämissen für bedenkenswert: Sie schlägt vor, den Fluoridgehalt in Mineralwässern ab 1 ppm deklarationspflichtig zu machen und auf maximal 2 ppm zu begrenzen.

**Redaktionsschluß forum 79:**

**19. Oktober 2002**

**Redaktionsleitung:**

**Dr. Jörg Hendriks**

[j.hendriks@arcormail.de](mailto:j.hendriks@arcormail.de)

Hagebuttenweg 2, 26603 Aurich

# Der gute Zahnarzt - Grundsätze für eine qualitäts- und patientenorientierte Praxis

DR. EBERHARD RIEDEL

*Der Vorstand des DAZ hat auf seiner letzten Ratssitzung in München einige Grundsätze für eine qualitäts- und patientenorientierte Praxisführung nach ethisch-moralischen Gesichtspunkten beraten. Die nachstehend in 3 Paragraphen zusammengefassten Regeln sollen für Patienten und Zahnärzte gleichermaßen eine grundlegende Orientierungshilfe darstellen, um die gravierendsten und am häufigsten kritisierten Fehlentwicklungen in bundesdeutschen Zahnarztpraxen vermeiden zu helfen.*

Die hier formulierten Grundsätze sind als Mindestvoraussetzungen für eine qualitativ hochstehende Zahnheilkunde zu verstehen. Während sie schon immer dem Profil des DAZ entsprochen haben, sind sie bis zum heutigen Tage vielerorts leider noch keine Selbstverständlichkeit. Die in den letzten Jahren entstandene spürbare Verknappung der Mittel durch die Budgetierung sowie die versäumte GOZ- und BEMA-Anpassung bei gleichzeitig steigenden Praxiskosten haben zu einem ungunstigen Verteilungskampf unter den Zahnärzten geführt und damit die Umsetzung von Qualitätsstandards weiter erschwert. Die Erinnerung an einige Grundsätze ist daher heute wichtiger denn je.

## § 1 Der Patient steht im Mittelpunkt zahnärztlichen Interesses

- Das Maß zeitlicher Zuwendung muss den tatsächlichen Behandlungsbedürfnissen des Patienten gerecht werden.
- Die Praxis hält ein Terminsystem mit kürzestmöglichen Wartezeiten und vorher festgelegter Behandlungsdauer ein.
- Die rechtlichen und ggf. vertraglichen Rahmenbedingungen werden eingehalten.
- Die Praxis betreibt mit Hilfe eines durchgehenden Hygienekonzeptes vorbeugenden Gesundheitsschutz.

## § 2 Verantwortetes Delegieren

Die Zahnärztin/der Zahnarzt führt alle Behandlungen in der Weise selbst durch, wie sie das Zahnheilkundegesetz vorschreibt. Das Delegieren von Behandlungstätigkeiten an fortgebildetes Personal erfolgt nur auf verantwortbare Weise im Bereich der

- Mundhygiene (Zahnsteinentfernung, Individualprophylaxe), bei
- Hilfsarbeiten bei der Herstellung von Zahnersatz (Vorabformungen, Abdruckvorbereitungen und Herstellung der Provisorien) und
- Anfertigung von Röntgenaufnahmen

### § 3 Behandlungsplanung und -durchführung

Planung und Durchführung einer Behandlung erfolgen in strenger Ausrichtung auf den tatsächlich gegebenen Behandlungsbedarf des Patienten nach dem Grundsatz des geringsten nötigen Aufwandes. Dabei muss das Ziel einer Behandlungsplanung die gesicherte Wiederherstellung der Strukturen der

Mundhöhle sein und immer klar umrissen und vereinbart werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen werden nur im Rahmen der anerkannten Regeln der Zahnheilkunde durchgeführt und sollen nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgen. Marketingstrategien zur Steigerung der Patientennachfrage durch Schaffung eines künstlichen Behandlungsbedarfs werden nicht angewendet.

## Für alle anderen versauen!

R.ERNST, EDEWECHT

Bema-Umstrukturierung hin, Kostenerstattung her und egal, wie die nächste Gesundheitsreform für uns Zahnärzte ausgehen wird: die Zeiten des Aus-dem-Vollen-Schöpfens gehen zu Ende.

Spätestens seit der Einführung der Budgets im Jahr 1993 ist der zahnmedizinische „Markt“ nicht mehr anbieter-, sondern nachfrageorientiert, und die Töpfe der Kassen sind nicht voll genug für alle und alles.

Der Sicherstellungsauftrag der KZVen, Relikt aus Zeiten der Unterversorgung, verliert an Bedeutung in Zeiten der Überkapazitäten und dem damit einhergehenden wachsenden Anteil der privaten Zuzahlung durch die Patienten. Krankenkassen und Politiker aller Parteien liebäugeln mit Managed-Care-Modellen, d.h. mit nachfragedominierten Einzel- und Gruppenverträgen mit ausgesuchten Ärzten und Zahnärzten. Die Ängste der Zahnärzte fokussieren

sich darauf, dass die Kassen solche Verträge nur mit den billigsten „Anbietern“ abschließen werden und ein gnadenloser Konkurrenzkampf von vereinzelt Zahnärzten gegen die Übermacht des Kassen-Monopols einsetzt. Landauf, landab wurden deshalb Solidaritätsgruppen gegründet, die beim Zusammenbruch des Schutzdach-KZV dem Einzelnen Schutz bieten sollten. Sie organisierten aber nur mehr schlecht als recht das Pfeifen im Walde. Inzwischen bröckeln diese Vereine schon wieder auseinander, weil ihre beitragszahlenden Mitglieder ihren neuen Anführern – die meist die alten sind – nicht mehr trauen und die konkrete Drohung „Einkaufsmodelle“ nach vier Jahren rot-grüner Regierung in weite Ferne gerückt ist.

Dennoch ist sie nicht ganz vom Tisch: sie hat eine andere Qualität bekommen. Die Kassen wollen nämlich nicht die billigsten einkaufen, sondern die besten. Auf den Punkt gebracht hat es AOK-Chef Ahrens im Frühjahr 02 in Ulm:

„Ein guter Zahnarzt braucht doch keine Angst vor dem Einkaufsmodell zu haben: die Kassen können sich gar nicht leisten, die billigsten einzukaufen – die Versicherten wechseln doch eher die Kasse als ihren Zahnarzt, mit dem sie seit Jahren zufrieden sind.“

Mit anderen Worten: die aus zahnärztlicher Wahrnehmung allmächtigen Kassenverbände –nebenbei: auch sie sind als Nachfrage-Monopolisten ans Kartellrecht gebunden und in der Auswahl ihrer Partner nicht frei- haben ein ähnliches Problem wie die Zahnärzte. Der versicherte Patient entscheidet letzten Endes nicht nur, welchem Zahnarzt er sein Vertrauen schenkt, sondern auch, welche Versicherung ihm seine Wahl offen lässt. Und da sind die „guten Risiken“ sicher sehr wählerisch!

Was folgt daraus aber für uns? Wir müssen, jeder in seiner Praxis, so gut werden, dass jeder unserer Patienten eher die Kasse wechselt als seinen Zahnarzt. Oder, wie es ein Marketing-Strategie neulich flapsig ausgedrückt hat: wir müssen unsere Patienten für jede andere Praxis „versauen“ – durch Zuwendung, Service und exzellente Behandlung.

Stellen Sie sich mal einen Kassenfunktionär vor, der vor der Aufgabe steht, aus den Zahnärzten seines Einzugsbereiches diejenigen auszusuchen, mit denen er einen Vertrag abschließen soll, dabei aber möglichst wenige Mitglieder verlieren darf. Oder aus unserem Blickwinkel: welche Konditionen können die infrage Kommenden aushandeln, wenn sie wissen, dass bei der Auswahl an ihnen kein Weg vorbei führt?

Der einzige Kieferchirurg oder der einzige Kieferorthopäde in einer kleinen Stadt muss sich sicher weniger Sorgen machen als der Allgemeinzahnarzt in einem überversorgten Ballungsraum. Aber auch dort gibt es heute noch Praxen mit übervollen und solche mit leeren Bestellbüchern. Da hat die Entsolidarisierung längst begonnen. Jeder Kollege kann von Patienten berichten, die mit Heil- und Kostenplänen über mehrere Kronen aus dem Notdienst zu ihnen zurückkommen – oder manchmal eben auch nicht! Berufsordnungen aus vergangenen Tagen haben da ihre Kraft längst verloren.

Noch mal zusammengefasst: mit dem Niedergang des Sicherstellungsauftrages der KZVen wird es neue Versorgungsstrukturen geben. Das ur-deutsche Bedürfnis nach größtmöglicher Regelungsdichte wird am ehesten befriedigt, wenn alle Beteiligten (Patienten, Kassen und Zahnärzte) größtmögliche Vertragssicherheit genießen und die bieten –vergleichbar mit dem jetzigen System der an ihrer Wandlungsunfähigkeit dahinsiechenden Selbstverwaltung- nur lokale und flexible Managed-Care-Modelle unter der Regie der Kostenträger, auch wenn uns das nicht gefällt.

Wenn nun aber nicht die billigsten Zahnärzte „eingekauft“ werden, welche dann? Sollten vielleicht endlich Qualitätskriterien eine Rolle bei der Auswahl spielen? Zwanzig Jahre DAZ-Geschichte haben uns gelehrt, dass Haltbarkeit von Restaurationen, sanierungsorientierte Behandlungskonzepte oder Genauigkeit von Kronenrändern keine belohnenswerten Kriterien sind. Selbst wenn sie

von Interesse wären, sind sie offenbar nicht zu kontrollieren – vergessen wir sie!

Aber welche sind es dann und vor allem: wer beurteilt sie?

Professionelle Patientenbefrager haben herausgefunden, dass für mehr als die Hälfte der Patienten bei der Auswahl ihrer Zahnarztpraxis die freundlich-liebevolle Betreuung durch das Praxisteam eine größere Bedeutung hat als die (vermutete) fachliche Qualifikation ihres Zahnarztes. Wäre uns manche unerfreuliche Diskussion um Qualitätssicherung erspart geblieben, wenn wir das früher gewusst hätten? Oder haben wir bis heute den Begriff zu fachlich-technisch gehandhabt? Haben wir bei allem akademischen Ringen um die Verbesserung und Überprüfung unserer fachlichen Qualifikation die „weichen“ Faktoren vernachlässigt? Klafft nicht ei-

ne Lücke zwischen den Investitionen in unsere High-Tech-Designerpraxen und den Investitionen in unseren Umgang mit unserem Team und dessen Wirkung auf die Patienten?

Niemand kann das besser beurteilen als die Patienten selbst. Man muss sie nur genau fragen. Die Krankenkassen werden sicher bald damit beginnen.

Wer den Mut hat, ein differenzierteres Feedback von seinen Patienten zu bekommen, als dass 90 % zufrieden sind, kann ja schon mal anfangen. Es gibt für Vieles in der Praxis keinen kritischeren Zertifizierer als den Patienten. Nutzen wir sein wohlwollendes Beobachtungspotential, um uns zu verbessern. Nur dann werden wir dem –von uns selbst ja gewollten- Wettbewerb in einem deregulierten Gesundheitssystem der nahen Zukunft standhalten...

## Zahnärztliche Leistungen privatisieren?

AXEL OLAF KERN, München

Vor dem Hintergrund der unübersichtlichen finanziellen Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung wird u.a. vorgeschlagen, die zahnärztlichen Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern. Dies bedeutet zunächst für die Zahnärzteschaft, frei zu sein in der Wahl der medizinischen Behandlung und keinen Abrechnungsbestimmungen, Kontrollen durch den Medizinischen Dienst und Budgetvorgaben in der GKV zu unterliegen.

Alle stärker marktlichen und wettbewerblichen Elemente im Gesundheitswesen sollen dazu beitragen, die Präferenzen der Patienten besser zu berücksichtigen und die Versorgungsqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dahinter steht die Einschätzung, dass kollektive Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht nur Therapiefreiheit sondern auch individuelle Erfordernisse und Wünsche der Patienten unzureichend berücksichtigen.

Wenn auch ökonomische Überlegungen mitunter von Zahnärzten kritisch betrachtet werden, erscheint doch ein gegenseitig besseres Verständnis von Ökonomie und Medizin gerade für Entscheidungen, die im Gesundheitswesen zu treffen sind, unerlässlich. So unterscheiden sich zahnärztliche Leistungen aus der Perspektive des Individuums im Grundsatz nicht von Nahrungsmitteln, Kleidung, Wohnen oder anderen Gütern und Dienstleistungen. Die Menschen müssen ihre Wünsche und Bedürfnisse, wozu auch Zahngesundheit zählt, durch den Kauf von Gütern und Dienstleistungen befriedigen. Sie verfügen jedoch nur über begrenzte finanzielle Mittel. Deshalb müssen sie entscheiden, was und wie viel gekauft werden soll. Wesentliches Kriterium für die Entscheidung ist dabei der Preis der Güter und Dienstleistungen. Der Preis zahnärztlicher Leistungen setzt sich je nach Leistung zusammen aus den Material- und Laborkosten und dem zahnärztlichen Honorar. Natürlich entscheidet nicht alleine der Preis für zahnärztliche Leistungen, ob ein Zahnarztbesuch erfolgt und in welchem Umfang eine Versorgung nachgefragt wird. Vielmehr beeinflussen auch Dringlichkeit (Schmerz), Wege- und Wartezeiten sowie Qualitätsaspekte die Entscheidung des Patienten. Dennoch kommt zumeist dem Preis eine zentrale Bedeutung zu.

In der GKV hat der Patient bis auf den Bereich prothetischer Leistungen und in geringem Umfang bei konservierenden Leistungen keine Kosten bei zahnärztlicher Versorgung zu tragen. Diese „Null-Preis-Politik“ der GKV verfolgt mithin das Ziel, unteren Ein-

kommenschichten die Versorgung mit medizinischen Leistungen zu ermöglichen. So sollen auch zahnärztliche Leistungen, wenn sie erforderlich sind, ohne Ansehen der wirtschaftlichen Situation dem Patienten verfügbar sein. Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass Angehörige unterer Einkommens- und Bildungsschichten ein höheres Krankheitsrisiko auch in Bezug auf Zahngesundheit aufweisen und somit mehr Leistungen benötigen. Zugleich verfügen diese Bevölkerungsgruppen über geringere finanzielle Möglichkeiten, Gesundheitsleistungen selbst zu finanzieren. Durch die Regelung in der GKV werden somit diese Personen in die Lage versetzt, auch zahnärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, von denen sie ohne die Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund eines zu geringen Einkommens ausgeschlossen wären.

Folgen schlechter Mund- und Zahngesundheit auf den übrigen Organismus und Kosten für die Behandlung von Folgekrankheiten (z.B. Parodontitis und Arteriosklerose) können durch den freien Zugang zu zahnärztlicher Versorgung verringert werden. Dies schließt nicht aus, dass alle Versicherten zu individueller Vorsorge angehalten werden. Selbstbeteiligungsregelungen können hierzu beitragen. Allerdings sollten diese nur für (Teil) Leistungen gelten, bei denen der Patient entweder durch sein Verhalten Einfluss auf die Krankheitsentstehung hat oder ähnlich wie bei Konsumgütern weitgehend selbst einschätzen kann, welche

*Fortsetzung auf Seite 14*

## Kennen Sie Tuscia und den Lago di Bolsena, nahe der Toskana und Rom?

**Entdecken und genießen Sie zum halben Mietpreis.**

Die Agenzia Ombrellone von Eleonore und Bernd Gasser hat sich auf einen uralten italienischen Landstrich spezialisiert, der touristisch kaum erschlossen ist. Und es auch nicht in der üblichen Form werden soll. Bernd Gasser, dort in der Tuscia und um den Lago di Bolsena nur als il professore bekannt, kennt die Region seit 18 Jahren und öffnet Türen, die dem Normaltouristen verschlossen bleiben. Hier werden Sie als Freund empfangen und sind überall willkommen. Behutsam reisen, das Land und seine Menschen erfahren, unter die Oberfläche tauchen und in schöner Umgebung entspannen! Die Gassers vermitteln Ihnen sachkundig ein schönes Feriendomizil am See, eine romantische Unterkunft im Verborgenen und diverse Erlebnispezialitäten aus erster Hand wie zum Beispiel:

### ARCHEOBIKE

Seit Jahren verwendet er jede freie Minute darauf, jeden Winkel seiner Heimat bis ins kleinste Detail und bis unter die Erde zu protokollieren. Ennio Soldini ist der Wegeführte und Spurenleser, der die Tuscia die Etruskergräber, die Landschaft und die verborgenen Schätze am Wegesrand wie seine Westentasche kennt. Per Mountainbike mit ihm durch die Landschaft steigen macht Kopf und Seele fit, schürft tiefer als Sightseeing, ist besser als das beste Buch – und danach zu Tisch mit all den typischen Spezialitäten der ortstypischen Küche.

### KUNST aus CHAOS

Über 12 x 14 Kilometer brach die Erde damals vor Millionen Jahren ein, darüber donnert Wasser, darunter brodelten Vulkane, geblieben ist Tuffstein. Arbeitsmaterial für den Berliner Bildhauer Albrecht Klink, de zu einem Bildhauer-Seminar vor gewaltigem geschichtlichem Hintergrund einlädt. Für die Mittagspause fängt Paolo einen Coregone frisch aus dem See und abends wird eingeladen in das romantische Haus am See zum Festmahl, das il professore persönlich bereitet.

### UND VIELES MEHR...

Spezialkochkurse, Reisen zur Olivenernte, Besuch beim Autoklassiker Mille Miglia, Trüffelsuche, Vespatour..., die Agenzia Ombrellone hat ein reiches Programm, um Seelenverwandte für die stillen Schönheiten der Region zu inspirieren.

Und wer dann bleiben möchte? Bei den noch günstigen Grundstücks- und Häuserpreisen ist das Paradies auf Erden schnell zu haben.

**Zum Kennenlernen sind Sie jetzt von der Agenzia Ombrellone zum günstigen Preis eingeladen. Bei einem Aufenthalt von 2 Wochen zahlen Sie in ausgewählten Feriendomizilen für die erste nur den halben Mietpreis.**

Alle Infos bei

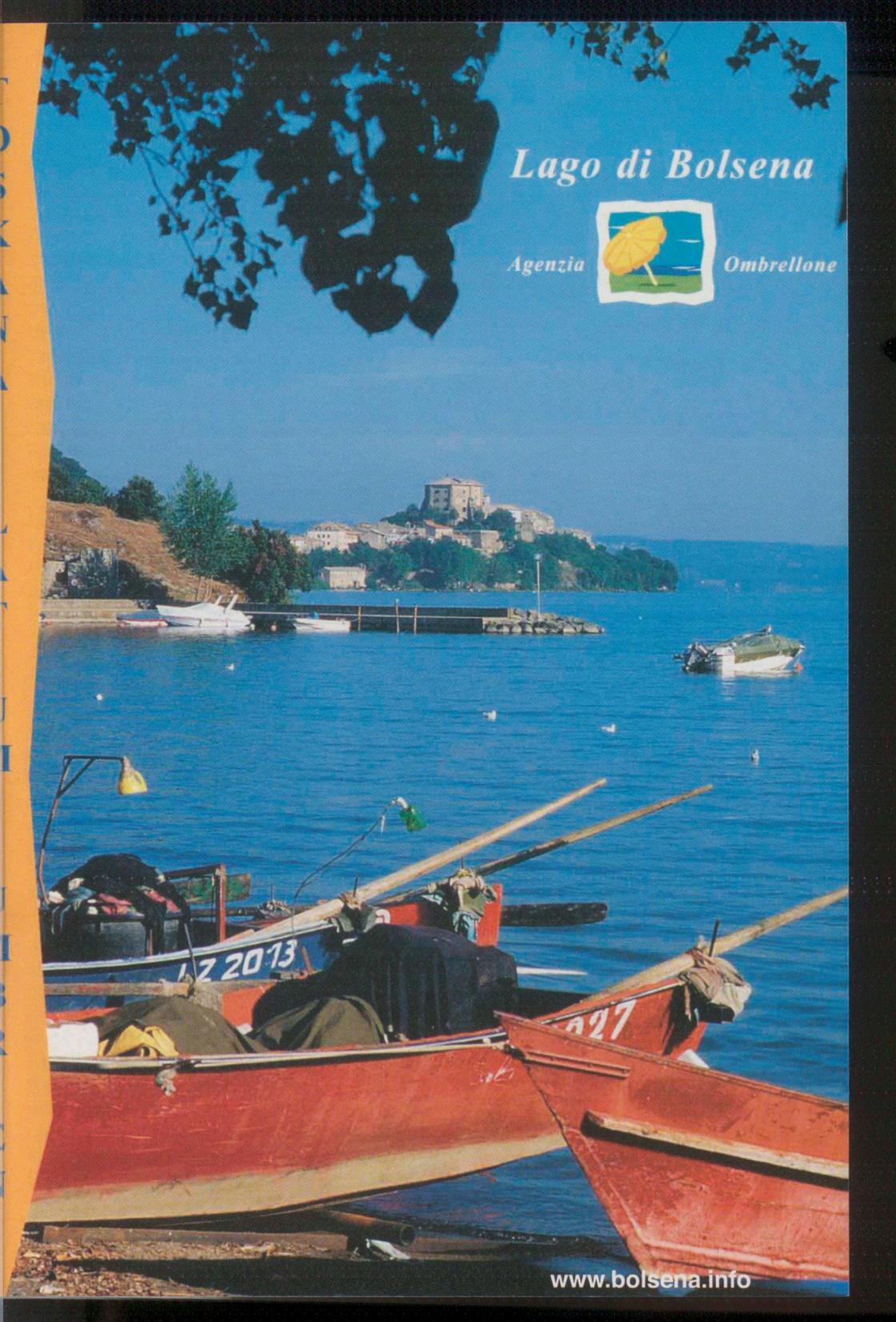
Agenzia Ombrellone,  
Scharfenberger Straße, D-13505 Berlin,  
Tel.: +49 30 4367 1417,  
Fax: +49 30 4367 1419,  
Homepage: [www.bolsena.info](http://www.bolsena.info),  
E-Mail: [gasser@epost.de](mailto:gasser@epost.de)

# Lago di Bolsena

Agenzia



Ombrellone



*Fortsetzung von Seite 11*

Leistungen in welchem Umfang für ihn sinnvoll sind.

Da 90% der Bevölkerung in der GKV versichert sind, resultiert der größte Teil des zahnärztlichen Umsatzes aus der Versorgung von GKV-Patienten. Damit beruht das bisherige Honorarvolumen der Zahnärzteschaft wesentlich auf der realisierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung durch die Versicherten unter der „Null-Preis“ Bedingung und dem damit bestehenden kostenfreien Zugang.

Vor diesem Hintergrund ist eine vollständige Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen aus der GKV für die Zahnärzteschaft und für den einzelnen Zahnarzt zu betrachten. Neben Therapiefreiheit des Zahnarztes bedeutet eine Ausgliederung auch, dass die Krankenkassen von einer Zahlungsverpflichtung für zahnärztliche Leistungen frei sind. Die Preise für zahnärztliche Leistungen werden bei Abrechnung nach GOZ deutlich von Null verschieden sein. Der Patient wird dann für alle zahnärztlichen Leistungen einen Preis bezahlen. Zugleich wird er seine Nachfrage danach ausrichten. Und nach allem, was die ökonomische Theorie lehrt und empirische Untersuchungen belegen, wird eine Erhöhung zahnärztlicher Honorare zu einer verringerten Inanspruchnahme und zu einem Rückgang der Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen insgesamt führen.

Eine große Zahl von Patienten wird allerdings auch bei höheren Behandlungskosten unverändert zahnärztliche

Leistungen in Anspruch nehmen. Viele Patienten werden vermehrt vorbeugen, um zahnärztliche Behandlung nicht in Anspruch nehmen zu müssen. Andere werden die höheren Preise nicht zahlen können oder dazu nicht bereit sein, da sie an Stelle zahnärztlicher Leistungen andere Dinge kaufen, von denen sie sich mehr Nutzen versprechen. Manche Patienten werden auch dann nicht zum Zahnarzt gehen, obwohl es „objektiv“ betrachtet, vernünftig wäre. Alle Patienten werden jedoch versuchen, eine bestimmte zahnärztliche Versorgung für so wenig Geld als möglich zu erhalten. Neben dem Preis sind Dringlichkeit und Verzichtbarkeit zahnärztlicher Versorgung die wesentlichen Faktoren, über die Inanspruchnahme zu entscheiden. Leistungen, die der Schmerzbehandlung dienen, werden trotz eines „höheren“ Preises sicher unverändert nachgefragt werden müssen. Eine extreme Reaktion könnte sein, dass eine Zahnextraktion aus Kostengründen im Hobbykeller durchgeführt wird. Bei denjenigen zahnärztlichen Leistungen, die weniger der akuten Versorgung dienen, werden sich Nachfragerückgänge ergeben. Ähnlich verhält es sich, wenn die zahnärztliche Versorgung verzichtbar ist oder zu sein scheint. Sobald die Behandlungskosten selbst zu finanzieren sind, wird der Patient darüber nachdenken, ob z.B. eine Lücke im Seitenzahnbereich mit einer Brücke versorgt werden soll.

In einem privaten Vertragsverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt wird die Nachfrage nach Leistungen auf Grund des höheren Preisniveaus zurückgehen. Von der Stärke des Nachfragerückgangs im Vergleich zur

Preiserhöhung wird es abhängen, wie sich das Honorarvolumen der Zahnärzteschaft insgesamt und des einzelnen Zahnarztes verändert. Die Unterschiede der Honorarvolumina zwischen den Zahnärzten werden davon abhängen, ob der Zahnarzt eine „gute“, kaufkräftige und -bereite Klientel hat oder eine „weniger günstige“ Klientel. Sicherlich trägt auch dazu bei, ob sich der Zahnarzt auf Leistungen spezialisiert hat, die trotz eines höheren Honorars von den Patienten in Anspruch genommen werden müssen.

Eine private Versicherung für Zahnbehandlung und Zahnersatz kann den Patienten von der Last der Behandlungskosten vollständig oder teilweise befreien. Eine Zuschussregelung durch die Krankenkasse wirkt ähnlich. Der „gefühlte“ Preis für den Patienten wird dann geringer. Die Zurückhaltung des Patienten, Leistungen in Anspruch zu nehmen, wird gemildert. Der erwartete Nachfragerückgang würde dann auch bei höheren Honoraren geringer ausfallen, da zumindest ein Teil der Behandlungskosten von der Krankenkasse erstattet wird und somit die Entscheidung des Patienten nicht unter der vollen Kostenlast erfolgt. Sollte kein Zuschuss der Krankenkassen gezahlt werden, so ist es erforderlich, dass gerade schlechtere Risiken versichert werden. Die Risikopolitik privater Krankenversicherungsunternehmen lässt dies allerdings nicht erwarten. Somit ist davon auszugehen, dass Patienten, welche häufiger und aufwändigerer Zahnversorgung bedürfen, die Behandlungskosten vollständig selbst zu tragen haben, was einen Rückgang der Nachfrage und damit des

Honorarvolumens erwarten lässt. Gute Risiken werden zwar versichert sein, jedoch seltener Zahnbehandlung oder Zahnersatz nachfragen. So ist unklar, ob das Honorar bei „zahlungskräftigen“ Patienten den Honorarverlust auf Grund der Mindernachfrage „schlechter“ Risiken überkompensieren kann. Zudem bestehen entsprechend der GOZ Beschränkungen in der Bemessung des Honorars.

Der freie zahnärztliche Markt erfordert mehr als bisher Transparenz darüber, welche Zahnärzte mit welchen Qualifikationen und welchen Leistungen zu welchen Preisen am Markt tätig sind. Diese Informationen dienen dem Patienten als Indikator für die Qualität eines Zahnarztes, solange keine Informationen verfügbar sind über die Ergebnisqualitäten von Behandlungen. Die Patienten werden zunehmend solche Informationen einfordern. Dazu zählen Kostenvoranschläge für alle zahnärztlichen Leistungen. Der Patient wird wissen wollen, welchen Preis er für welche Leistung zu zahlen hat. Vielleicht wird wie beim Friseur ein Preisaushang erfolgen, der den Patienten vorab informiert, welche Leistung wie viel kostet. Gewährleistungsfristen, die ein Zahnarzt für seine Behandlungsleistungen ausweist, dienen dem Patienten als Signal für die Ergebnisqualität. Damit mehr Werbung in diesem informationellen Sinn erfolgen kann, sind die Ständesregeln und das Heilmittelwerbegesetz ggf. zu modifizieren.

## Stellen Sie sich vor, es gibt einen neuen BEMA - und keiner hält sich dran

R.Ernst, Edewecht

Seit 1965 sind (West-)Deutschlands Vertragszahnärzte verpflichtet, die im Bewertungsmaßstab (BEMA) beschriebenen zahnmedizinischen Leistungen, die sie an ihren gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen, als sog. Sachleistungen bargeldlos über ihre Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) abzurechnen.

Als dieser Vertrag damals abgeschlossen wurde, beschrieb er –aus heutiger Sicht- aufwandgerecht und fachlich vollständig den damaligen Stand einer zweckmäßigen und ausreichenden

Zahnheilkunde. Ergänzt wurde er 1976 durch den schon damals umstrittenen Prothetikvertrag, mit dem auch die Zahnersatzleistungen zu Sachleistungen wurden.

Diese Einengung privater Liquidationsmöglichkeit ging vielen Zahnärzten schon damals zu weit.

Der (standes-)politische Kampf dagegen lief aber ins Leere, weil der erleichterte Zugang zu Zahnersatz den meisten Praxen einen Boom bescherte, der den geradezu legendären Zahnarztwohlstand bis Ende der Achtziger Jahre begründete und zwei fatale Kon-

# BAARTZ & KLOSE

Zahntechnik GbR

Cotheniusstraße 3, 10407 Berlin



Eines der dynamischsten und innovativsten Unternehmen der Branche.  
Ausgezeichnete Qualität zu ausgezeichneten Preisen.

Alle gängigen Verfahren – flexibel und pünktlich – auch Postversand.  
Attraktive Angebote und Beratung online!

Bitte ordern Sie Ihre Infomappe unter:  
Telefon: 030 4280028-0  
Fax: 030 4280028-4  
E-Mail: baartz-klose-zahntechnik@gmx.de

[www.baartz-klose-zahntechnik.de](http://www.baartz-klose-zahntechnik.de)

sequenzen nach sich zog: erstens den stürmischen Drang zu vieler ehrgeiziger Numerus-Clausus-Bezwinger in die Praxis aurea und zweitens überproportional unvernünftig ausufernde Kosten bei den Krankenkassen für viel zu viel qualitativ fragwürdigen Zahnersatz.

Parallel dazu blockte eine auf Besitzstandmehrung eingeschworene und für alle Verbesserungsvorschläge aus den eigenen Reihen stocktaube Ständeführung jeden von der Vernunft gebotenen Strukturwandel in Eigenverantwortung ab. Sie rief damit einen Dritten auf den Plan, der nun statt der Selbstverwaltung –die eigentlich mit allen Regelungs-Rechten und -Pflichten ausgestattet war- das Gesetz des Handelns übernahm: die Politik. Von da an ging es bergab.

Der BEMA wurde nicht leistungsgerecht angepasst oder umstrukturiert, sondern abgewertet (1992 z.B. der Zahnersatz pauschal um 10 %).

Dringend notwendige fachliche Anpassungen wie z.B. neue PAR-Verträge wurden nicht verabschiedet, weil ihre Kostenauswirkung nicht abzuschätzen war. Und am Ende (von 1993 bis heute) gibt es Budgets, unter denen dann die Zahnärzte den selbstverschuldeten Mangel in mehr oder weniger kollegialer, sozial- oder qualitätsverträglicher Weise unter sich verteilen dürfen und die Krankenkassenseite aus der Mitverantwortung für die Mengenentwicklung völlig ausgeklammert ist.

Da ist ihr Wunsch nach Aufnahme neuer Leistungen in den Katalog nur zu ver-

ständiglich. Genauso verständlich ist aber der Wunsch des behandelnden Zahnarztes, seine Leistung, die er am Patienten erbringt, auch angemessen und sicher honoriert zu bekommen.

So hat sich in den letzten Jahren fast unbemerkt ausgebreitet, dass für immer mehr Vertragsleistungen an Kassenpatienten Sonder-Honorare in Rechnung gestellt werden –offenbar stillschweigend und es stört sich kaum jemand daran. Angefangen hat es mit der Individualprophylaxe bei Erwachsenen –verständlich und nachvollziehbar, pädagogisch vielleicht sogar wertvoll-, weil es keine BEMA-Positionen dafür gab. Auch in der Prothetik ließen sich die Taschen der Patienten mit wenig Anstrengung noch ein bisschen weiter öffnen, weil Zuzahlungen ohnehin systemimmanent waren.

Die Amalgamhysterie ab 1993 (nicht zufällig das erste Budgetjahr!!) hat dann die Dämme brechen lassen: die Losung gilt: was wirklich gut ist, zahlt „die Kasse“ nicht. Das kannten die Patienten schon vom Augenoptiker oder von der Chefarztbehandlung.

Inzwischen schwillt die Lawine zahnärztlicher Kreativität in allen Bereichen: wer es sich leisten und seinen Patienten überzeugen kann, macht keine Seitenzahn-Wurzelfüllung und keine Füllung mit Säure-Ätz-Technik mehr ohne private Zuzahlung. Keine Kasse, keine KZV, keine Kammer und kein Verbraucherschutzverband stört sich meines Wissens daran, dass damit vertragswidrig, also gegen geltendes Recht gehandelt wird. Das soll nicht heißen,

dass bestimmte Leistungen, z.B. Linsenbrillen-Endodontie an Molaren mit Abfüllen ALLER Wurzelkanäle über das vertraglich geforderte apikale Drittel hinaus, mit den geltenden Honoraren auch nicht annähernd angemessen honoriert sind - an der rechtlichen Situation ändert sich dadurch nichts.

Der Auftrag an die Selbstverwaltung für einen neuen BEMA ist 1999 in das SGB V geschrieben worden - vermutlich in der Absicht, den durch jahrelange Untätigkeit der Selbstverwaltung entstandenen Wildwuchs wieder einzudämmen und die Honorierung an die fachliche und betriebswirtschaftliche Gegenwart anzupassen. Nun ist der für uns Zahnärzte in vielen Positionen völlig inakzeptable Antrag der Krankenkassen abgelehnt und die endgültige Entscheidung in das nächste Jahr vertagt worden.

Was aber wird sich ändern? Ich warne vor allzu große Hoffnungen in schnelle systemumwälzende Strukturänderungen einer neuen Regierung. Die Ergebnisse der arbeitswissenschaftlichen Studien beider Seiten wird niemand ignorieren können und die Obstruktionspolitik der KZBV ist als Strategie für die Gestaltung der Zukunft nicht endlos lange durchzuhalten ohne

## Teure Polemik

H.-W. HEY

Das Bayerische Landesprüfungsamt für Sozialversicherung (LPrA) im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) hat im vergangenen Jahr

ein eigenes vertrauenswürdiges und durchgerechnetes Modell. Also arbeitet der Bewertungsausschuß erst einmal mit den alten Vorlagen weiter.

Aber ist er nicht gerade dabei, der Autorität staatlicher Regelungskompetenz den Todesstoß zu versetzen, weil sich an dem grauen Markt, auf dem nicht nur Qualität gehandelt wird, nichts ändern wird?

Wo ist die Instanz, die den Patienten vor Übervorteilung und wo die, die den qualitätsbewussten, aber vertragstreuen Zahnarzt vor wirtschaftlichem Ausbluten schützt? Beabsichtigt war, Leistungsanreize (z.B. höheres Honorar für adäquate Befunderhebung und minimalinvasive Füllungstechnik) zu setzen. Herauskommen kann nur, fürchte ich, die Abwendung der Leistungserbringer von ihrem System und eine innere Kündigung des BEMA-Vertrages.

Auf die Verbraucherschutz-Gesetzgebung werden neue Aufgaben zukommen - die Ära der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen geht zu Ende. Viele werden ihr nachtrauern.

eine Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern (KZVB) durchgeführt.

Bezüglich der "Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Verwaltungs-

handeln“ hat das Landesprüfungsamt dabei u.a. beanstandet, dass “die Aufwandsentschädigungen“ für den 1. Vorsitzenden der KZVB (Dr. Löffler) ab 01.01.2001 von 7000 DM auf 16000 DM erhöht wurden und die des 2. Vorsitzenden (Dr. Kinner) von 3000 DM auf 15000 DM stiegen. Das LPrA konnte nicht erkennen, “welche Veränderungen in der ehrenamtlichen Tätigkeit der beiden Vorsitzenden eine derart exorbitante Erhöhung der monatlichen Pauschalentschädigungen rechtfertigen.“ Immerhin entsprechen diese Bezüge dem Gehalt eines Bundesministers!

Ganz sicher aber entsprechen diese extremen “Entschädigungen“ dem Selbstverständnis der beiden KZVB-Vorsitzenden, die sich deshalb auch einen Dienstwagen im Wert von 99 000 DM genehmigten. Auch das beanstandete das Landesprüfungsamt, da “für den Fall unabweisbarer Neu- oder Ersatzbeschaffungen von Dienstfahrzeugen für Bedienstete der Bes.Gr. B9 als Höchstpreis je Fahrzeug 51500 DM gelten - Sonderausstattungen bereits inbegriffen.“ Und das sollte eigentlich auch genügen, wenn sich der Chef des Bundesnachrichtendienstes und der des Bundeskriminalamtes mit einem solchen Fahrzeug durch die Republik bewegen. Man darf gespannt sein, wie sich die KZVB in der vom LPrA zum Thema Dienstfahrzeug erbetenen Stellungnahme äußern wird.

Aber was soll's: Es ist ja nicht das eigene Geld der Herren Vorsitzenden, das da verprasst wird, sondern das der Kollegen, in deren (vermeintlichem) Sinn man kräftig durch die Lande

und die Medien polemisiert. Sogar für den Fall, dass man im Überschwang der Gefühle mal zu weit gegangen sein sollte und “aufgrund von Äußerungen oder Handlungen, die diese (KZVB-Vorsitzenden) in ihren standespolitischen Funktionen getan haben“, in Ordnungshaft genommen wird, erhält jeder der Vorsitzenden “für jeden in Haft verbrachten Tag eine Entschädigung, die dem 4-fachen Höchstsatz der RKO I (Reisekostenordnung) entspricht“ - das sind ungefähr 4500 DM pro Tag! Fürstlich bezahltes Märtyrertum sozusagen. Wie man sich denken kann, war und ist dieser Beschluss der Vertreterversammlung rechtswidrig, weil “die Unterstützung eines von Ordnungshaft Betroffenen durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts rechtsstaatlichen Grundsätzen widerspricht und daher unzulässig ist.“

Vielleicht könnte man aber in der Kollegenschaft sogar für diese großzügigen Selbstgeschenke um Verständnis werben, wenn sich die Herren für uns, für die “Kollegen am Stuhl“, aufarbeiten würden und - wie man das von den Gewerkschaften kennt - in nächtelangen zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen die bestmöglichen Arbeitsbedingungen zu erreichen versuchten. Realität ist aber das genaue Gegenteil: Da werden Sitzungen verlassen, Verhandlungen boykottiert und viele Probleme in jahrelangen juristischen Auseinandersetzungen den Gerichten zur Entscheidung überlassen (Sie ahnen es: auf unsere Kosten natürlich). Konfrontation statt Kooperation ist die Devise (wir kennen das aus Niedersachsen), und selbst bei der Unterfütterung oder einer ZE Repara-

tur für 30 Euro besteht die KZVB auf einer vorherigen Beantragung bei der Krankenkasse. Dort, in der Praxis und bei der KZVB sind dann 6-8 Mitarbeiter nötig, bis die 15 Euro Kassenanteil und die 15 Euro Patientenanteil überwiesen sind. Und ganz aktuell will die KZVB wegen weniger als 3% strittiger VdAK-Vergütungen die gesamte PAR- und ZE-Abrechnung von VdAK-Patienten verweigern, obwohl die Krankenkassen allem Anschein nach im Recht sind. All dies nur deshalb, damit die Kollegen jeden Tag am eigenen Leib erfahren, wie beschissen dieses System ist und wie wichtig es ist, aus allem auszusteigen und der privaten Abrechnungsgesellschaft ABZ beizutreten. Die versteht sich als Alternative zur KZV, falls, wie absehbar, der Sicherstellungsauftrag von der Zahnärzteschaft auf die Krankenkassen übergehen sollte und die Kollegenschaft unter dem Dach der ABZ vor der Verführung durch Einzelverträge mit den Kassen geschützt werden soll. Natürlich moniert der Prüfungsbericht des LPrA auch die Überweisungen der (öffentlich-rechtlichen) KZVB an die (privatwirtschaftliche) ABZ in Höhe von bislang 300.000 DM.

Besonders der 2. Vorsitzende der KZVB Dr. Kinner versteht es seit Jahren, mit Oberlehrergehabe jede Zahnärzterversammlung in Bayern zum Tribunal umzufunktionieren gegen die armen Würstchen und Verräter, die der ABZ noch nicht beigetreten sind. Aber warum darüber aufregen? Schließlich ist das der gewählte KZVB-Vorstand - und vielleicht erwarten ja immer noch viele Kollegen von ihrem hoch-

bezahlten Vorsitzenden, dass er sie in dem Glauben bestärkt, dass wir alles durchsetzen können, wenn wir nur fest genug zusammenhalten und alles machen, was Herr Kinner sagt. Und dass jeder beliebig privat abrechnen kann, wenn er das GKV-System boykottiert. Dass aber der Gesetzgeber, falls wirklich alle Zahnärzte nur noch über die GOZ abrechnen, dann mit einem Federstrich (ohne Parlament und Bundesrat) Faktorbegrenzungen verfügen kann, wird verschwiegen, versteht sich.

Sollen also die bayerischen Zahnärzte ihre KZVB wirklich so fürstlich bezahlen, wenn sie dafür nur Dampf, Polemik und »einfache Lösungen« geboten bekommen? Außerdem sind diese politischen Kahlschläge natürlich die Nägel am Sarg unseres Sicherstellungsauftrags - und zwar unabhängig davon, wer die Wahl gewinnt. Herrn Kinner und Herrn Löffler (der als gleichzeitiger Vorsitzender der Bundes-KZV sogar noch eine weitere „Aufwandsentschädigung“ bezieht und damit mehr einsackt als der Bundeskanzler) kann das bei ihren Bezügen egal sein. Die Leidtragenden sind die jungen Kollegen und Praxisgründer, denen diese Kamikazetaktik die Existenz abgräbt - möglicherweise glauben die, wenn sie pleite sind, immer noch, unsere »Feinde« Gesetzgeber und Krankenkassen sind an allem schuld.

Hat dieser Berufsstand denn wirklich immer noch die Führung verdient, die er gewählt hat?

## Pressemitteilung

# VdAK-Chef Rebscher unterbreitet Angebot zum Neuanfang

4. Mai 2002. Bei der traditionellen Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) prophezeite der Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Herbert Rebscher, dass die jetzigen Strukturen in den zentralen Bereichen des Gesundheitswesens auch über die Bundestagswahl am 22. September hinaus Bestand haben würden. Zahnärztliche Blütenträume bezüglich einer weitreichenden Systemveränderung würden sich selbst bei einem möglichen Regierungswechsel nicht erfüllen, so Rebscher.

Der VdAK-Chef gab sich überzeugt, dass sich auch unter veränderten Machtverhältnissen keine politische Mehrheit beispielsweise für die Abschaffung des Sachleistungssystems finden würde. Vor diesem Hintergrund sollten sich die Zahnärzte lieber auf die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbstverwaltung besinnen. Hier läge die Chance, einer letztlich immer fachfremden Politik den abgestimmten Entwurf einer zukünftigen zahnärztlichen Versorgung vorzulegen. Gemeinsame Vorschläge von Krankenkassen und Zahnärzten hätten eine große und nahezu lupenreine Umsetzungswahrscheinlichkeit bei jedweder Regierung.

Rebscher forderte die Zahnärzteschaft zu einer entsprechenden Diskussion auf und schlug als Gesprächsgrundlage vor:

1) Beibehaltung des Sachleistungssystems für alle zahnärztlichen Bereiche

2) Indikationsbezogene Festzuschüsse bei Zahnersatz, eventuell unterteilt in zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten

3) Honorartransparenz bei außervertraglichen Zuschlägen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA)

4) Beibehaltung der bisherigen Rahmenbedingungen, u.a. weitere Nutzung des BEMA als Abrechnungsbasis, Abrechnung über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Erhalt des Begutachtungssystems

Im Sinne einer notwendigen Verbesserung des Patientenschutzes unterstützen DAZ und VDZM hier besonders Rebschers Forderung nach mehr Transparenz im außervertraglichen Bereich, aber auch seine Hinwendung zu indikationsbezogenen Festzuschüssen. Diese indikationsbezogenen Festzuschüsse dürften sich nach Meinung der Frankfurter Veranstalter allerdings nicht ausschließlich auf den Zahnersatz beschränken. Vielmehr sollte diesbezüglich eine unvoreingenommene Durchforstung des gesamten BEMA auf der Tagesordnung stehen.

Grundsätzlich begrüßen DAZ und VDZM Rebschers Verhandlungsangebot und fordern die zahnärztlichen Körperschaften und besonders den neu gewählten Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf, von den alten Maximalforderungen Abstand zu nehmen und konstruktiv zu reagieren.

## Stressfreie Zahnmedizin: Wunschtraum oder reale Möglichkeit?

Beim Fachvortrag im Rahmen unserer Jahrestagung werden dieses Mal weniger die Zähne der Patienten als vielmehr der Zahnarzt und sein Team im Mittelpunkt stehen. Wie können sie den Praxisalltag meistern - mit möglichst wenig Stress? Jeder Zahnarzt kennt aus der täglichen Arbeit Situationen, in denen man beim besten Willen nicht allen Anforderungen gerecht werden kann und in denen schnell ein Gefühl von Überforderung und Stress entsteht.

Die Entwicklungs-Psychologin Prof. Dr. Almuth Künkel, verheiratet mit einem niedergelassenen Zahnarzt und Mutter von vier Kindern, hat sich gezielt mit dem kommunikativen Geschehen in Zahnarztpraxen befasst. Ihre Erkenntnisse gibt sie in Publikationen und Seminaren an Zahnärzte, ebenso aber auch an Praxismitarbeiterinnen weiter. Dabei geht es um Ursachen und Folgen von Überbeanspruchung, vor allem aber darum, wie man Stress im Beruf weitgehend vermeidet bzw. wie man, wenn er sich nicht vermeiden lässt, den Stress wieder abbaut. Die meisten der vorgestellten Strategien dürften ebenso im beruflichen wie im privaten Kontext anwendbar sein.

Sie sind eingeladen, sich selbst und das Geschehen in Ihrer Praxis aus einem für Zahnärzte nicht selbstverständlichen Blickwinkel zu betrachten, und werden hoffentlich einiges mitnehmen können, was Ihren Praxisalltag in Zukunft erleichtert.

Auch sonst dürfte die Jahrestagung interessant werden. Eine Woche nach der Bundestagswahl können wir in unserer Jahreshauptversammlung (JHV) die Folgen der Wahl für die Gesundheitspolitik diskutieren. Zudem wird es weiterhin um die BEMA-Reform, neue Richtlinien, neue Vertragsstrukturen, um Qualitätssicherung und Spezialisierung gehen. Auch Nicht-Mitglieder sind zum öffentlichen Teil der JHV herzlich eingeladen.

Machen Sie mit am 28.09.2002!

Es grüßt Sie:  
Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender



# DAZ-Jahrestagung 2002

## 28. September 2002

Tagungs-Ort:  
Dietrich-Bonhoeffer-Haus in Berlin-Mitte  
Ziegelstraße 30 • 10117 Berlin

### Freitag, 27.09.2002

ab 20:00 Get Together im „Cafe orange“,  
Oranienburger Str. 32, 10117 Berlin-Mitte,  
Tel. 020/2848780

### Samstag, 28.09.2002

10:00 Eröffnung der Jahrestagung durch  
den DAZ-Vorsitzenden; Referat von Frau  
Prof. Dr. Almuth Künkel, Fachhochschule  
Düsseldorf: „**Stress im Praxisalltag und wie  
man sich vor Überlastung schützen kann**“  
unter Beteiligung des Auditoriums



Prof. Dr. A. Künkel

13:00 Pause

14:00 DAZ-Jahreshauptversammlung  
(siehe rechte Seite)

ab 20:00 Gemütliches Beisammensein im  
Restaurant „Skales-Bar“, Rosenthaler Str. 13,  
10119 Berlin, Tel. 030/2833006

### DAZ-Jahreshauptversammlung

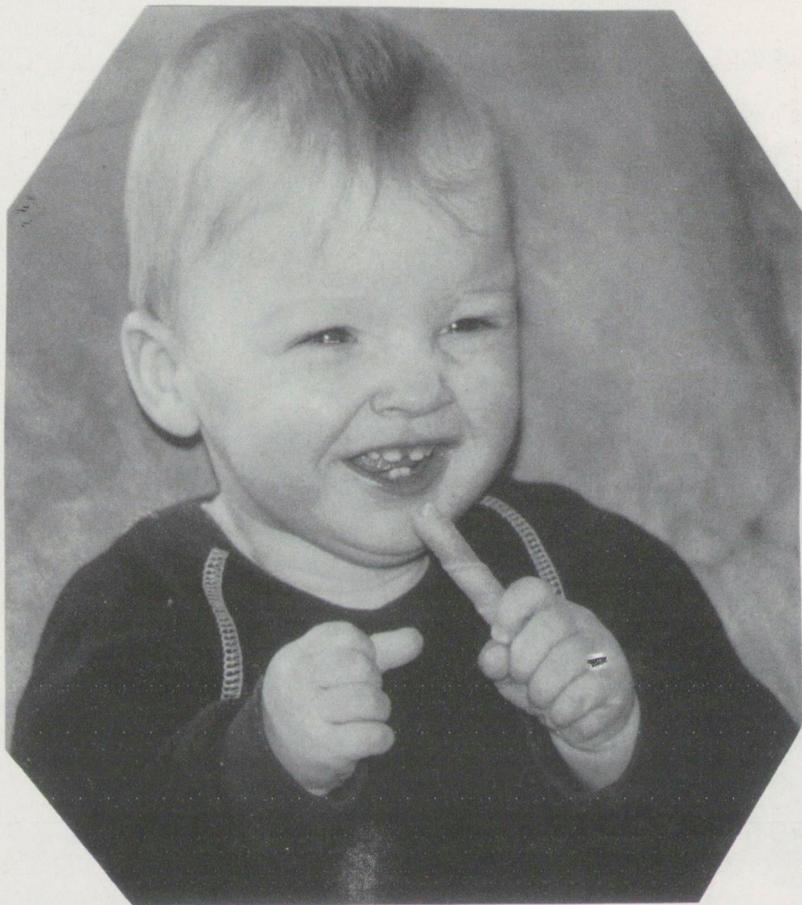
Öffentlicher Teil

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden,  
Wahl eines Diskussionsleiters und Festle-  
gung der Tagesordnung
- 2) Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des  
DAZ-Vorstandes mit Informationen zur be-  
rufspolitischen Situation und zu Initiativen  
des DAZ; anschließend Diskussion
- 3) Anträge an die Mitgliederversammlung  
(satzungsgerecht eine Woche vorher beim  
Vorstand / der Geschäftsstelle einzureichen),  
Diskussion und Beschlussfassung
- 4) Berichte aus der Geschäftsstelle und den  
verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ  
(Forum-Redaktion, Studiengruppen, Refera-  
te, Arbeitsgruppen) und Diskussion
- 5) Planung der nächsten Aktivitäten

Interner Teil

- 6a) Bericht des Kassierers, der Kassenprüfer;
- b) Entlastung des Vorstandes
- c) Wahl der Kassenprüfer für 2002
- 7a) Verabschiedung der Beitragsordnung 2003
- b) Verabschiedung des Haushaltsplanes 2003
- c) Behandlung DAZ-interner Anträge
- 8) Verschiedenes

MIT ZÄHNEN VON  KANN ER AUCH IM  
ALTER NOCH KRÄFTIG BEISSEN !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



SCHUSCHAN DENTALTECHNIK GMBH  
HAHNBUSCHWEG 18  
24147 KLAUSDORF  
TEL. 0431/79874 / 75

# Kammerwahlkampf in der Hauptstadt

## Der DAZ bietet Alternativen !

*Im Herbst wird in Berlin eine neue Kammerversammlung gewählt. Unser FORUM wird an alle Berliner Zahnärzte verteilt und informiert umfangreich über unsere Kandidaten. Der DAZ kooperiert seit einigen Monaten nicht mehr nur mit dem NAV (dem Verband der niedergelassenen Ärzte), sondern auch eng mit den BUZ.*

*Hier wächst zusammen, was zusammen gehört !*

In dem gemeinsamen Eintreten

- für eine sozialverpflichtete zahnmedizinische Versorgung, die für alle Patienten auf Dauer (zumindest) eine umfassende Grundversorgung bieten soll,
- für angemessene Honorierung qualitätsgesicherter, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechender, zahnärztlicher Leistungen,
- für eine der gesamten Bevölkerung zugängliche Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe und
- für den Erhalt einer betriebswirtschaftlichen Basis, die eine Berufsausübung niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte in freier Praxis zum Wohl der Patienten erst ermöglicht,

haben wir uns zusammengefunden.

Dabei gehen wir auf typisch DAZliche Art und Weise miteinander um: nicht als zentralistisch geführter Verband,

in dem ein Vorstand bestimmt, „wo es lang geht“. Bei unserer Kooperation ergänzen sich die Stärken Einzelner und ermöglichen ein positives Ganzes mit vielen Facetten.

Unsere Berliner haben entschieden, dem Wähler die Wahl anzubieten: unter der Listenbezeichnung „DAZ“ kandidiert die „alte“ Studiengruppe, die im wesentlichen aus Zahnärztinnen des Virchowbundes aus den östlichen Bezirken und diversen Mitarbeitern der Hochschule besteht, während unter der Bezeichnung „BUZ“ mehrheitlich Niedergelassene aus den westlichen Bezirken sich zur Wahl stellen.

SIE, liebe Wählerinnen und Wähler, sind herzlich eingeladen, unsere Aussagen und Aktivitäten mitzugestalten! Zumindest aber sollten Sie unseren Kandidaten Ihre Stimme geben! In unserem Berufsstand von Individualisten muß weiterhin Individualität möglich bleiben.

Der Berliner Kammervorstand unter Dr.Bolstorff sollte seine wenig erfolgreiche Arbeit beenden. Eine bessere Koalition als die des „Verbandes der Berliner Zahnärzte“ mit dem „Freien Verband“ muß die Geschicke der Berliner Zahnärzteschaft wieder in eine vernünftige Richtung lenken.

SIE haben die Wahl! Unsere Kandidaten stehen zu Ihrer Verfügung!

Wolfram Kolossa (DAZ Vorsitzender)

## Nicht noch einmal vier Jahre

### Ein offener Brief zur Berliner Kammerwahl

Sehr geehrter Herr Präsident !  
Lieber Christian Bolstorff !

Vier Jahre sind seit Deiner Wahl zum Berliner Kammerpräsidenten vergangen, und ich erlaube mir als Vorsitzender von Berlins Unabhängigen Zahnärzten, die zurückliegende Legislaturperiode zu würdigen. Schon sehr frühzeitig hast Du erklärt, dass Du für das Amt des Präsidenten für vier weitere Jahre zur Verfügung stehst. Ich bin mir nicht sicher, ob diese Wiederwahl eine glückliche Lösung für die Berliner Zahnärzteschaft sein würde. Das mag weniger in Deiner Person begründet sein, als in der personellen Zusammensetzung des derzeitigen Vorstandes aus Mitgliedern des Verbandes der Zahnärzte von Berlin und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Denn gerade dieser Verband hat der Deutschen Zahnärzteschaft mit seinen politischen Aussagen, seinen standespolitischen Forderungen, seinem gesellschaftspolitischen Auftreten und mit seinen ständigen persönlichen Angriffen und Diffamierungen gegenüber politisch anders denkenden Zahnärztinnen und Zahnärzten großen Schaden zugefügt. Zwar betueerst Du bei jeder Gelegenheit, dass die Situation in Berlin das Gegenteil beweist, dass eine Zusammenarbeit mit dem Freien Verband durchaus möglich ist. Aber was sollst Du in Deiner Situation auch anderes sagen, auch wenn die Realität eigentlich eine andere Bewertung verdient. Das beste Beispiel dafür

sind die jüngsten Äußerungen Deines Vorstandskollegen Arnd Gerstenberger in einem Rundschreiben an alle Berliner Zahnärzte, der sich mit Deiner Billigung erlaubt, ehemaligen Vorstandsmitgliedern, unter anderem auch mir, das Recht auf ein standespolitisches Mandat abzusprechen. Dabei wird vergessen, dass die derzeitige Koalition nur zustande gekommen ist, weil eine aufrechte und kollegiale Haltung von Berlins Unabhängigen Zahnärzten gerade diesen Kollegen den Sprung an die Macht ermöglicht hat. Aus heutiger Sicht war unsere Entscheidung, sich nicht ohne die Kollegender Fraktion Gesundheit an einer Koalition mit dem Verband beteiligen zu wollen, ein Fehler. Wenn man nämlich den Versuch unternimmt, die Leistungen dieses Vorstandes in der vergangenen Legislaturperiode zu bewerten, dann fällt diese Bilanz eher negativ aus. Ohne Selbstvertrauen und eigene Konzepte wurde für jede notwendige Entscheidung in der neuen Legislaturperiode zuerst beim alten Vorstand ein Schuldiger gesucht. Zwar hat niemand aus diesem alten Vorstand jemals seinen Verantwortungsbereich verneint, aber es wurde keine Gelegenheit versäumt, der zahnärztlichen Öffentlichkeit das Gegenteil zu unterbreiten. Dir, lieber Christian, liegt sogar ein Brief von mir vor, in dem ich mich zu meiner Verantwortung bekenne. Andere haben sich nicht ge-

genteilig geäußert. Und Du hast wohl auch vergessen, dass der alte Vorstand noch während seiner Amtszeit die Unzulänglichkeiten der Geschäftsführung selbst bemerkt hat und erste Gegenmassnahmen in die Wege geleitet hat. Du bist damals als potentieller Nachfolger von Herrn Löchte als erster über die bestehenden Probleme informiert worden. Konsequente Entscheidungen sollten damals aber nicht ohne Abstimmung mit dem neuen Präsidenten getroffen werden. Herr Löchte hatte nach acht Jahren Amtszeit nicht wieder kandidiert. Mit der Arroganz der Besserwisser im Stile des Freien Verbandes wurden auch die Belange des Versorgungswerkes angegangen. Mit welchem Erfolg, ist hinlänglich bekannt und wird von Herrn Schütte an anderer Stelle in diesem Heft noch einmal analysiert. Dir ist bewusst, dass nur der jetzige Vorstand die Verantwortung für das Geschäftsgebaren des Verwaltungsausschusses auch in Sachen Geldanlagen trägt. Und da frage ich mich wirklich, wie die Berliner Zahnärzteschaft Euch für weitere vier Jahre das Vertrauen aussprechen soll. Berlins Unabhängige Zahnärzte werden im bevorstehenden Wahlkampf die Berliner zahnärztliche Öffentlichkeit darüber informieren, dass die unselige Allianz zwischen dem Freien Verband und dem Verband der Zahnärzte von Berlin beendet werden muss. Und entgegen aller Diffamierungen stehen die Listenbewerber von BUZ zu einer ehrenamtlichen Tätigkeit in der Zahnärztekammer bereit. Offensichtlich wird beabsichtigt, die Aufwandsentschädigung für den Vorstand der ZÄK an die Summen, die in der KZV gezahlt werden, anzupassen. Diese Maßnah-

me wird in der Zahnärzteschaft auf Widerstand stoßen. Da nützen auch die ständigen Beteuerungen, man würde doch auf Sitzungsgelder verzichten, wenig. Auch Vorstandsmitglieder der vergangenen Legislaturperiode und auch frühere Vorstände haben sich in den zurückliegenden Jahren nicht bereichert. Diese Selbstverständlichkeiten wurden jedoch nicht ständig herausgehoben. Aber Dein Vorstand hat ansonsten eben nichts anzubieten. Selbst auf die Verabschiedung der Berufsordnung fällt ein Schatten. Um eine erneute Abstimmungsniederlage in der DV zu vermeiden, wurden zwei Kollegen aus Deinem Verband genötigt, zurückzutreten. Im Ergebnis wurdest Du nun endlich als Nachrücker ebenfalls Delegierter und konntest für Deine eigene Vorlage stimmen. Ist das Deine Auffassung von Demokratie in der Berliner Zahnärztekammer? Dazu gehört auch die Beurteilung des Umganges mit Kollegen, die sich kritisch und offensiv in der Delegiertenversammlung für die Interessen der Zahnärzte einsetzen. Dein Einsatz für die Obdachlosenpraxis MUT ist sehr ehrenwert, aber auch hier wurde nichts Eigenes ins Leben gerufen. Lieber Christian, ich würde viel lieber eine positive Bilanz Deiner Amtszeit ziehen, aber mir fällt nichts ein. Deshalb befreie Dich vom Mühlstein und der Zwangsjacke Freier Verband und kehre zurück zu einem konstruktiven und demokratischen Miteinander in der Berliner Kollegenschaft! Hochachtungsvoll, aber gleichzeitig mit freundlichen und lieben Grüßen, schrieb diesen Brief

Dein Peter Nachtweh.



## **BUZ** Berlins Unabhängige Zahnärzte

**Dr. Peter Nachtweh**  
**ZA Stefan Günther**  
**Dr. Eberhard Schütte**  
**ZA Helmut Dohmeier**  
**Dr. Dieter Buhtz**  
**Dr. Peter Kircher**  
**Dr. Celina Schätze**  
**Dr. Reiner Heiber**  
**Dr. Bernd Möhrke**  
**Dr. Rolf-R. Koch**  
**ZA Eberhard Sänger**  
**Dr. Jobst Goldbach**  
**ZA Norbert Schlär**  
**Dr. Erwin Marggraf**

Diese Kolleginnen und Kollegen bewerben sich auf der Liste von BUZ um ein Mandat in der Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin für die kommende Legislaturperiode 2003 bis 2006. Alle Bewerber sind Mitglieder von Berlins Unabhängigen Zahnärzten und haben langjährige Erfahrung als niedergelassene Zahnärzte / innen und sind standespolitisch tätig in der Delegiertenversammlung der ZÄK, in der Vertreterversammlung der KZV und in vielen Ausschüssen dieser beiden Körperschaften. Unsere Ziele im Telegrammstil:

- Beendigung der unseligen Allianz zwischen dem FVDZ und VdZB.
- Sofortige Absenkung der Kammerbeiträge.
- Keine nochmalige Erhöhung der Aufwandsentschädigung für den Vorstand.
- Keine weiteren spekulativen Anlagenkäufe im Versorgungswerk.
- Herausgabe eines aktuellen inhaltvollen MBZ "s mit klarem Konzept.
- Umsetzung einer modernen nachvollziehbaren Berufsordnung.
- Erhaltung der Körperschaften von Kammer und KZV.
- Mehr Demokratie in der Zahnärztekammer.

**Denn eine moderne Zahnheilkunde hat doch eine Chance!**



**DAZ**  
**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde**  
**/ NAV-Vierchow-Bund**

**Wir stehen für:**

- Ausübung der Zahnheilkunde in sozialer Verantwortung
- Offene Standespolitik, in der Sachfragen dominieren
- Risikoarme Anlagestrategie und besondere Sorgfalt im Umgang mit den Kollegengeldern im Versorgungswerk
- Schaffung von Wahlmöglichkeiten bei der Absicherung der Ehegatten im Versorgungswerk
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Zahnärztinnen
- Stärkere Beteiligung der Zahnärztinnen an den Gremien der Zahnärztekammer
- Eröffnung neuer Wege für Anstellungsverhältnisse in der niedergelassenen Praxis
- Soziales Engagement der Zahnärztekammer für die Benachteiligten der Gesellschaft durch Tätigkeiten der Verbandsmitglieder in der MUT-Praxis und im Arbeitskreis für Behinderte
- Erhöhung der Attraktivität der kammereigenen Fortbildung durch günstigere finanzielle Konditionen im Philipp-Pfaff-Institut
- Anpassung der GOZ an fachliche und betriebswirtschaftliche Erfordernisse sowie Aufhebung des Gebührenabschlages Berlin-Ost

Unsere Kandidaten finden Sie auf der Folgeseite.

## Kandidaten des DAZ / NAV Virchow-Bund



**Edeltraud Jakobczyk**  
ZÄ in Hellersdorf



**Dr. Almut Gerlach**  
ZÄ in Hellersdorf



**Dr. Annette Bellman**  
ZÄ in Lichtenberg



**Dr. Eva Hübner**  
ZÄ in Mitte



**Dr. Elke Kutschke**  
ZÄ in Hohenschönhausen



**Julia Felten**  
ZÄ in Treptow



**Dr. Ulrich Mitzscherling**  
ZA in Zehlendorf



**Dr. Ulrike Scheybahl**  
ZÄ in Tiergarten



**PD Dr. Stefan Zimmer**  
ZA in der Charité



**Tamara Tauchelt**  
Zahnärztin



**Kirsten Falk**  
ZÄ in Lichtenberg



**Christian Keil**  
ZA in Kreuzberg



**Dr. Mozghan Bizhang**  
ZÄ in der Charité

## Rente adé ?

### Versorgungswerk der Zahnärztekammer

EBERHARD SCHÜTTE, Berlin

Was noch vor wenigen Jahren eindeutig Aufgabe von Bankern und Spezialisten war, ist inzwischen zum Volkssport avanciert – die Vermögensanlage. Ob im Fernsehen oder in BILD, es gibt Tipps, Hilfestellungen und Strategien, um an der Börse auf dem schnellen Wege sein Geld zu verdienen. Viele haben es versucht, nicht wenige haben sich dabei die Finger verbrannt.

Als vor vier Jahren der Berliner Verband und der Freie Verband die Verantwortung für die Zahnärztekammer Berlin übernahmen, sollte auch im Versorgungswerk ein neuer Wind wehen. Die langweilige Rendite von Immobilien und Staatsanleihen ließ forsche Anlagestrategien nur müde lächeln. Die Aktien hatten über Jahre Traumergebnisse erzielt. Da sollte es für einen jungen, sendungsbewussten Kollegen doch nicht schwer sein, seine Mitstreiter im Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes von den Vorzügen solcher Anlagen zu überzeugen. Die Banken, die prächtig in diesem Geschäft verdienten, lieferten gerne die notwendigen Vergleiche, Kurven und Charts, um die Überlegenheit der Aktienanlage eindrucksvoll zu untermauern. Und die wirklich verantwortlichen Vorstandsmitglieder der Zahnärztekammer musste man nicht lange überzeugen, hatten sie doch nach eigenem Eingeständnis die geringste Erfahrung in diesem Metier.

Über das nötige Rüstzeug verfügte man, wer wollte das bezweifeln, Chuzpe sowieso; über Bekanntschaften der Kinder wurde ein sog. Consultant aufgetrieben und dann konnte es losgehen, mit Volldampf in den Aktienmarkt, bis an die Grenze des Zulässigen.

Zunächst lief das auch nicht schlecht. Die Märkte befanden sich in der Spätphase des Aufwärtszyklus. Der amerikanische Notenbankpräsident Alan Greenspan hatte allerdings längst überdeutlich von einer Blase gesprochen, bereits die Zinsen erhöht, um Dampf aus dem Markt zu lassen und Schlagzeilen machte ein Buch von Robert Shiller, Yale Professor für Wirtschaftswissenschaften, Irrational exuberance - der irrationale Über-schwang.

Doch davon ließ sich unser Strategie im Versorgungswerk nicht beeindrucken, ganz im Gegenteil. Der Markt hatte zwar Anfang 2000 seinen Zenit überschritten, dennoch wurden weitere 150 Millionen DM Beitragsgelder hinterhergeschickt.

Seit dieser Zeit fallen weltweit die Notierungen. Der Wert der Aktieninvestments des Versorgungswerks reduzierte sich bis zum 31.05.2002 um ca. DM 120 Millionen, einzelne Anlagen um über 90 Prozent!!! Ein Ende ist nicht absehbar. Der Abwärtstrend geht weiter.

Als Ende 2001 die Schieflage unübersehbar durchdrang und die Kollegenschaft unruhig nachfragte, wurden Auskunftersuchen in der Delegiertenversammlung abschlägig beschieden mit der fadenscheinigen Begründung fehlender Daten. Anfang des Jahres hieß es, dass das Versorgungswerk ausführlich in der Juni-DV beleuchtet werden sollte. Aber auch hier wurden Informationen nicht präsentiert. Erst auf ausdrückliche und spezifizierte Nachfrage kam einiges im letzten Augenblick.

In seinem Bericht zur Lage erging sich der Kollege Gutsche ausführlich zu den Vorzügen der Aktienanlage im Allgemeinen und im Besonderen, sah das Vermögen des Versorgungswerks strategisch in bester Verfassung, lediglich etwas beschädigt durch den 11. September 2001, keinesfalls auch nur in einem Punkt zu kritisieren und schon gar nicht veranlasst zu irgendwelchen Änderungen. Es gab keine kritische Betrachtung, keine Diskussionsaufforderung zu Alternativen, kein Abwägen und keine Perspektive außer Augen zu und durch; es wird schon wieder besser werden.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde geschäftsmäßig und ohne Emotionen die unvermeidliche Kürzung der Rentenanwartschaften um mehr als 16 Prozent beschlossen.

War da was ???

*Es gibt Fragen über Fragen. Um nur einige zu stellen:*

*Wer gibt einem Kollegen, auch wenn er noch so gute Absichten hegt, das Recht, die Renten seiner Kollegen in spekulativen Aktienanlagen zu verzocken?*

*Warum hat der Verwaltungsausschuss des Versorgungswerks sich nicht die Legitimation für solche Anlagen in Form einer Risikoprofil- und Risikotoleranzbestimmung besorgt, wie sie jedem kleinen Anleger in der Bank vorgelegt wird, wenn er in Aktien investieren möchte!*

*Wann gedenkt der Ausschuss seine Strategie zu ändern? Vielleicht wenn die nächste Kürzung um 16 Prozent fällig ist?*

*Wie viel Ignoranz ist notwendig, um mit sog. selbstkonstruierten Spezialfonds ohne einschlägige Berufserfahrung einen Index schlagen zu wollen, wenn das die überwiegende Zahl ausgebildeter Portfoliomanager nicht schafft?*

*Wieso glaubt der Präsident der Zahnärztekammer Berlin, nicht alle Kolleginnen und Kollegen offen informieren zu müssen, mindestens um zu erfahren, wieweit sie dieses Desaster noch mitmachen wollen?*

*Ein Schelm, wer dabei an die Wahlen denkt.*

*Ein Genuss der besonderen Art findet der geneigte – oder gar nur der informierte? – Leser im Vorwort des Präsidenten im MBZ Juli/August 2002.*

*„Sich auf den Zahnärztetag...Ihre per-*

*sönliche Situation im Versorgungswerk ausrechnen (zu) lassen, ... ist der Erfolg der Arbeit vom Verwaltungsausschuss.“*

Der Zahnärztetag fand statt vor der Kürzung der Anwartschaften um 16%! Von der in diesem Vorwort übrigens keine Rede ist, auch nicht andeutungsweise.

*„Drei Jahre hat es gedauert, bis eine völlig neue Mannschaft...die Fehler der Vergangenheit aufgedeckt hat. Wir haben große Schlamperien und Fehler ....festgestellt.“*

Die alte Mannschaft stammte komplett aus der Fraktion des aktuellen Präsidenten! Jahrelang haben die Delegierten des Freien Verbandes und des Verbandes der Zahnärzte von Berlin durch ihr Abstimmungsverhalten verhindert, dass mit dem Kollegen Kampmann ein Kenner der Materie in den Verwaltungsausschuss nachgewählt wurde.

*„Natürlich hatte sich unser Versorgungswerk an der Börse über eigene Fonds engagiert.“*

Was ist denn bitte daran natürlich?!

*„Bedient sich das Versorgungswerk der Beratung durch einen Consultant, der viel Licht in das Dunkel unserer Anlagen bringen konnte.“*

Wenn das Licht ist, dann Gute Nacht.

*„Kein Fachmann konnte den 11. September 2001 und seine Folgen*

*vorhersehen. Natürlich wurden...die Aktienfonds gesichert. Bei der dann folgenden Entsicherung entstanden zwar Verluste, die ich aber nicht als Folge fehlerhaften Verhaltens erkennen kann.“*

Schon wieder der ominöse 11. September 2001. Die Tiefstände von dieser Zeit haben wir heute bereits auf den Weg nach unten hinter uns gelassen. Statt die Verluste zu begrenzen, wurde mit derart praktizierter Sicherung gutes Geld dem schlechten hinterhergeworfen.

Wie passt das zueinander, darf man mit der eigenen mangelnden Sachkenntnis kokettieren und auf der anderen Seite ein Verhalten dritter als fehlerhaft oder fehlerfrei erkennen wollen?

*„Ebenfalls verschärfend kommt hinzu, dass 2002 das Jahr der Kammerwahlen in Berlin ist.“*

Was wird hier für wen verschärft?

Vielleicht denkt ja doch einer an die Wahlen! Freud lässt grüßen.



Pateneltern gesucht für kenianische Waisenkinder,  
geben Sie die Chance zum Schulbesuch (ca.10€/M.)



näheres unter [www.zahnarzthilfe-kenya.de](http://www.zahnarzthilfe-kenya.de)

## Borsighaus

Als Fallbeispiel der Verschwendung unserer Rentengelder gilt das Borsighaus:

Hier wurde der Bundeszahnärztekammer zuliebe ein Haus auf Kosten der Berliner Zahnärzte gekauft, das nie eine wirtschaftliche Rendite erreichen kann. Um die Flächen überhaupt vermietet zu bekommen, liegen die langfristig vereinbarten Mieten weit unter den Kosten.

Eventuell alimentieren wir in Zukunft noch die Büroräume des Freien Verbandes.

Hoffentlich bestätigen sich nicht die Vorbehalte, die man beim neusten 50 Millionen Kaufobjekt des Versorgungswerkes Berlin haben muss, einem Hotel!

Schon beim Zahnärztetag gab es die DM 200.- Ehrenkarten für ausgewählte Zahnärzte – vielleicht zahlen die Berliner

**BORSIGHAUS-Areal in Berlin Mitte**  
Vollzug und Fortschritt im Bild

Das 1899 von dem Bergbauingenieur August und Richte errichtete Verwaltungsgebäude ist Teil eines Ensembles, das zusätzlich ca. 10.000 qm Büro-Ebene und Wohnflächen in zentraler Lage beinhaltet.

- 1 Borsighaus  
Chausseestraße 13  
Geschäftshaus
- 2 Chausseestraße 14  
Wohn- und  
Geschäftshaus
- 3 Schlegelstraße 2  
Wohnhaus
- 4 Schlegelstraße 3  
Wohn- und  
Geschäftshaus
- 5 Chausseestraße 12 /  
Teckstraße 41  
Wohn- und  
Geschäftshaus

Projektsteuerung: IDP Ingenieurgesellschaft mbH, Grolmanstraße 36, 10623 Berlin  
Architekten: Leon Wohlhage Wernik Architekten GmbH, Windscheidstraße 18, 10627 Berlin  
Bauleitung: Dipl.-Ing. Architekt Joachim Gilmer, Teckstraße 41, 10115 Berlin  
Tragwerksplanung: Ingenieurbüro Quenzel GmbH, Alt Zepernick 26, 16341 Zepernick  
Hautechnik: Projektbüro Dörner & Partner GmbH, Bahnhofstraße 7, 10227 Eberswalde  
Bestandort: ... Alter Markt Kanakowci 4, 14471 Potsdam

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin K.d.ö.R.  
Vermietung: Frau Berner-Czekanski 030 / 348 081841

Zahnärzte in Zukunft auch die Hotelkosten  
Winnetou Kampmann  
Deligierter der Zahnärztekammer Berlin  
Mitglied der Berliner Architektenkammer

### Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2001

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Arztekammer/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2001 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

Die Übernahme einer Einzelpraxis war im Jahr 2001 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 46 % und in den neuen Bundesländern 67 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.

Zitat aus: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte Nr. 3/2002

# Das Therapie- und Organisationskonzept in der Prophylaxepaxis

Stefan Günther, Berlin

*Mit der Neugründung einer zahnärztlichen Praxis, aber auch bei einer Praxisübernahme und selbst bei einer bereits viele Jahre existierenden Praxis stellt sich gerade in der heutigen Zeit des Paradigmenwechsels für jeden Praxisinhaber die Frage:*

*Wie integriere ich die Prophylaxe in mein Behandlungskonzept?*

*Der folgende Artikel zeigt ein Konzept auf, das mehr als eine Hilfestellung ist.*

## Most dentistry is redentistry

In einem Übersichtsbeitrag stellt R. Saekel, Ministerialrat im Bundesgesundheitsministerium im Frühjahr 1998 fest, dass durch die verbesserte Oralgesundheit die gesetzlichen Krankenversicherungen 1995 im Vergleich zu 1980 10 Milliarden DM weniger ausgeben mussten. Seinen Berechnungen zufolge liegt die Nutzen/Kosten-Relation für präventive und zahnerhaltende Maßnahmen bei 7:1. [Saekel, 1998 #1]

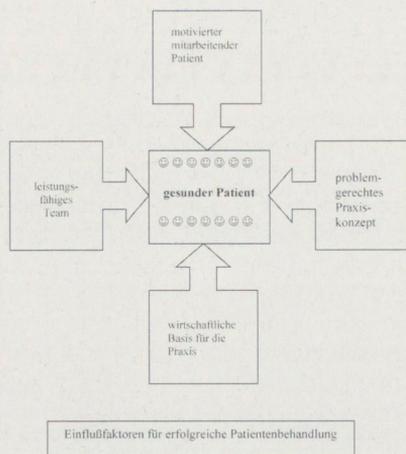
Bastendorf belegt im Jahr 2001 in einer Praxisstudie eindrucksvoll, dass durch ein prophylaxeorientiertes Umfeld Zahnverluste bis ins hohe Alter weitgehend vermieden werden können. Im Vergleich zum Beispiel Schwedens, wo 80% der Bevölkerung eine gute Mundhygiene betreiben und regelmäßig zu zahnmedizinischen Kontrollen gehen, lässt sich nachweisen, dass z.B. die Ein-

wohner der Stadt Jönköping im Alter von 70 Jahren im Durchschnitt weniger als 10 fehlende Zähne aufweisen. Bastendorf zeigt mit seiner Praxisstudie, dass ein vergleichbar gutes Ergebnis auch hier zu Lande erreichbar ist. [Bastendorf, 2001 #5]

Unter den politischen und finanziellen Rahmenbedingungen, wie sie zur Zeit für zahnärztliche Praxen in Deutschland herrschen, scheint hier ein Weg zur Problemlösung der Finanzierbarkeit von Zahngesundheit unter sozialen Aspekten einerseits und betriebswirtschaftlichen Aspekten für die Praxen andererseits zu führen. Ganz besonders attraktiv ist das Prophylaxekonzept allerdings unter rein zahnheilkundlichen Gesichtspunkten. So setzt sich in den letzten Jahren die Erkenntnis immer mehr durch, dass Zahnheilkunde ohne Prophylaxe eine teure, symptomatische Therapie mit einer sehr hohen Wiederholungsrate ist - most dentistry is redentistry! - Der Paradigmenwechsel bedeutet eine Abkehr von der vorwiegend reparativen Behandlung hin zu einer effektiven Form des Gesundheitsmanagements. Dies hat für die Therapiekonzepte und Organisationsstrukturen in den Praxen Konsequenzen.

## Teamentwicklung / Teammanagement

Die moderne Prophylaxepaxis muss im Vergleich zu einer traditionellen Praxis ihre Schwerpunkte im Bereich der Teamarbeit setzen. So kann ein umfassendes, auf den jeweiligen Patienten individuell



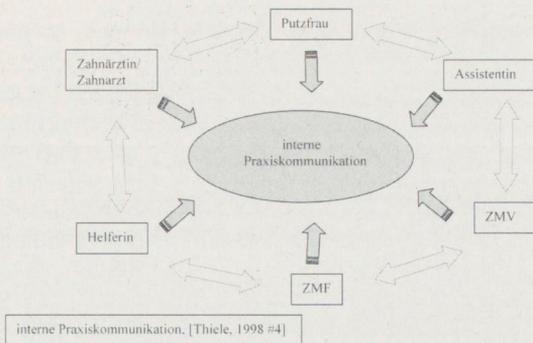
abgestimmtes Therapieangebot erfolgen und das sinnvolle Ineinandergreifen der einzelnen Behandlungsschritte stattfinden. Dort, wo früher eine Helferin ihren Tätigkeitsbereich im Anreichen von Instrumenten und Materialien hatte, benötigen wir heute ein kompetentes Teammitglied, das motiviert und zuverlässig ihren/seinen Platz in der Gesamtstruktur Zahnarztpraxis einnimmt. Die Prophylaxepaxis bietet gegenüber der traditionellen Praxis ein wesentlich umfangreicheres Leistungsspektrum, das nicht mehr ausschließlich aus rein zahnärztlichen Behandlungen besteht. Besonders das Recall als Fundament moderner präventiver Zahnheilkunde erfordert zuverlässige und motivierte Mitarbeiterinnen mit hervorragender Ausbildung.

Ich bin der Meinung, dass Individualprophylaxe nicht nur individuell für den einzelnen Patienten zu sehen ist, sondern auch in weiten Bereichen individuell für das Team. Das spezifische

Leistungsspektrum wird wesentlich bestimmt sein durch die Fähigkeiten des Praxisinhabers, das Team zu entwickeln und zu managen. Hier beginnt für viele von uns (Zahnärztinnen/Zahnärzten) das Neuland. Wir müssen uns nicht nur daran gewöhnen, einen geeigneten, situationsbezogenen Führungsstil in unseren Praxen zu pflegen, sondern viel mehr noch müssen wir aus einem eher zufälligen Zusammentreffen mehrerer Individuen ein Hochleistungsteam formen. Dieses Team muss gepflegt werden und jedes einzelne Mitglied benötigt seine individuelle Dosis an Motivation. [Blanchard, 1996 #2] Die hieraus frei werdende Energie ist das Potential, das eine umfassende Betreuung von Patienten erfordert und ermöglicht. Die Führungsqualitäten und das flexible Teammanagement sind neben unseren zahnmedizinischen Kompetenzen die wichtigsten Fähigkeiten, die wir benötigen, um gegenüber den veränderten Anforderungen und Rahmenbedingungen erfolgreich bestehen zu können.

## Kommunikation

Ein Schlüssel zu erfolgreicher Teamarbeit ist gute Kommunikation. Nicht ohne Grund hat dieser Begriff in unserer modernen Gesellschaft zentrale Bedeutung erlangt. So ermöglicht Kommunikation den Austausch von wichtigen Informationen innerhalb des Teams. Die vereinbarten Spielregeln bewirken ein geordnetes und verständliches „Senden“ und „Empfangen“. Durch Vermeidung von Missverständnissen bleiben Stresssituationen aus und es entsteht ein Klima gegenseitigen Vertrauens.



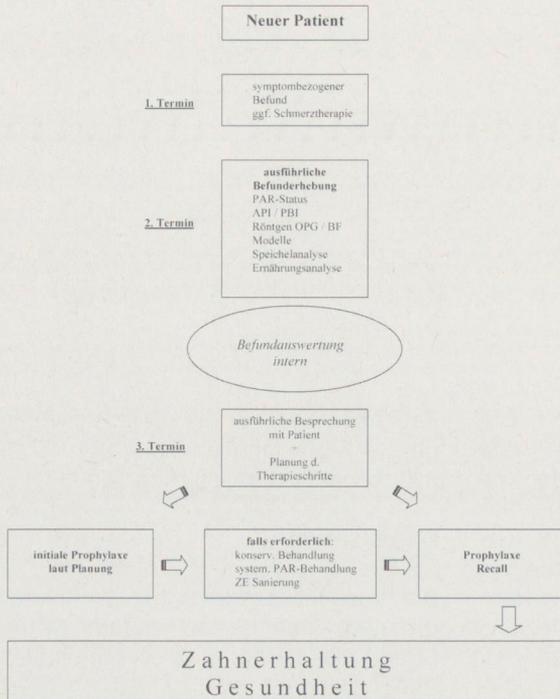
Da dieser Mechanismus für jeden einzelnen im Team zutrifft, wird im Laufe der Zeit aus dem Individuum in der Praxis ein Mitglied des Praxisteams, aus dem „Ich-Gefühl“ entsteht das „Wir-Gefühl“. Dies bedeutet im Praxisalltag: Wir sind eine Prophylaxepaxis - wir wissen, was Individualprophylaxe bedeutet und können es den Patienten erklären - wir können uns auf jeden einzelnen in diesem Team verlassen - wir haben die Möglichkeit, Probleme zu besprechen und zu klären. Erreicht werden kann dies sicherlich nur dann, wenn regelmäßig (z. B. 1x wöchentlich) eine Beratung mit allen Teammitgliedern stattfindet, in der alle wichtigen Einzelheiten besprochen werden, wo aufgetretene Probleme aufgedeckt und möglichst beseitigt werden und jeder zur Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben motiviert wird. [Thiele, 1998 #4] [Günther, 1996 #3]

Die überzeugende Darstellung der „Prophylaxepaxis“ als Team gibt dem Patienten ein Gefühl des Vertrauens und fördert seine Bereitschaft, in diesem Gesamtkonzept zu seinem eigenen Wohl mitzuarbeiten. Der Erfolg der Prophylaxepaxis ist der gesunde zufriedene

Patient. Dieser Erfolg ist gleichzeitig unsere Motivation und Motor zur Annahme neuer Herausforderungen.

## Organisation

Die Prophylaxepaxis begründet in ihrer internen Organisation andere Strukturen, als sie in einer traditionellen Praxis benötigt werden. So erfordert das präventive Konzept eine sehr umfangreiche Eingangsuntersuchung der Patienten, mindestens ein ausführliches Informationsgespräch, und eine häufig sehr komplexe Planung der Behandlungsabläufe. Die Gleichzeitigkeit von Prophylaxemaßnahmen und initialer (konservierender/ chirurgischer/ prothetischer) Therapie, die sinnvolle Planung des individuellen Recalls und die meist begrenzten zeitlichen Valenzen der Patienten können von uns nur gemanagt werden, wenn wir nach einer festgelegten Systematik innerhalb der Praxis arbeiten, die von dem gesamten Team verstanden und getragen wird. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass eine Prophylaxepaxis nicht nur aus Zahnarzt und Prophylaxeassistentin bestehen kann, sondern dass alle Ebenen der Praxis, von der Rezeption über die



Behandlung und Assistenz bis zur Ver-  
waltung, gefordert sind.

Der erste Kontakt des neuen Patienten mit der Praxis wird überwiegend telefonisch erfolgen. Bereits hier hat die Rezeptionshelferin die Möglichkeit die kommunikativen Fähigkeiten des Praxisteams wirkungsvoll zur Geltung zu bringen. Dies äußert sich nicht nur in einem freundlichen und einfühlsamen Gespräch, sondern auch in dem kompetenten Terminangebot und möglicherweise einem ersten Hinweis auf den Prophylaxeschwerpunkt in der Therapie.

Der erste Termin zur Untersuchung und Behandlung wird im Wesentlichen bestimmt sein von der akuten Sympto-

matik. Je nach Schweregrad und Schmerzen wird entweder ausschließlich die Schmerztherapie erfolgen, allerdings mit dem deutlichen Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen (Röntgendiagnostik/ PAR-Befunde/ Plaque-Blutungsstatus/ Speichelanalyse/ Ernährungsanalyse), oder es werden gleich weiterführende Untersuchungen (z.B. RÖ- BF) vorgenommen. Der Patient sollte informiert werden, dass in dieser Praxis andere Möglichkeiten der zahnärztlichen Therapie bestehen, als sie bisher in der breiten Öffentlichkeit bekannt sind.

Mit diesen vertrauensbildenden Maßnahmen wird es überwiegend gelingen, den „neuen“ Patienten neugierig auf den nächsten Termin zu machen. In Abhängigkeit von dem Krankheitsbild können alle weiteren Untersuchungen in Ruhe terminlich geplant werden. An dieser Stelle wird es aber auch erforderlich sein, mit dem Patienten darüber zu sprechen, was im Rahmen der Kassenzahnheilkunde weiterhin erfolgt und „kostenfrei“ ist, und welche Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen nach der privaten Gebührenordnung berechnet werden müssen und zu welchem Preis. Auf diesen Teil des Gespräches sollte jeder Praxisinhaber/in gut vorbereitet sein, um Unsicherheiten zu vermeiden und erstaunte Fragen des Patienten selbstverständlich und freundlich beantworten zu können. Gestatten Sie

mir den Hinweis, dass jede Praxis eine betriebswirtschaftliche Kalkulation ihrer Leistungen und Preise vornehmen muss, auch wenn Politiker und Krankenversicherungen der Meinung sind, in dieser Organisationsform eines klein oder mittelständigen Unternehmens den Goldesel für die Finanzierung ihrer verfehlten Politik gefunden zu haben! Zweifellos besteht hier noch ein kleiner Rest an Freiheit für eine vernünftige Therapie zu einem adäquaten Preis. Der neue Patient erfährt in der zweiten Sitzung in der Praxis, dass es weitere Dinge in der zahnärztlichen Untersuchung und Therapie gibt, als Spiegel, Sonde, Bohrer und Amalgam oder Extraktionszange.

Sehr häufig werden Sie an dieser Stelle gefragt werden: „Wenn ich durch diese Untersuchungen und die nachfolgende präventive Behandlung die Ursachen von Karies- und Parodontalerkrankungen bekämpfen und mein Erkrankungsrisiko erheblich reduzieren kann, warum wurde mir das nicht schon viel früher angeboten“? Eine berechtigte Frage, wie ich meine!

Die Akzeptanz einer kausalen Therapie ist in weiten Teilen der Bevölkerung sehr groß, selbst unter der Prämisse, diese Behandlung teilweise selbst bezahlen zu müssen. Es versteht sich, dass der Umfang der erforderlichen Untersuchungen abhängig von dem individuellen Krankheitsbild ist.

Die praxisinterne Befundauswertung (Zahnarzt/ DH/ Prophylaxehelferin) kann außerhalb der eigentlichen Sprechstunde erfolgen und führt in aller Regel zu einem gründlich geplanten Therapievorschlag, der im 3. Termin besprochen

werden kann.

Jetzt kann der Patient aufgrund umfassender Informationen seine Entscheidung fällen und Sie können sicher sein, die maßgeblichen Kriterien für eine adäquate Behandlung Ihres Patienten berücksichtigt zu haben.

Aus meiner Erfahrung kann ich berichten, dass die überwiegende Zahl der Patienten sehr positiv auf solch ein Therapieangebot reagiert und auch bereit ist, die Kosten dafür zu tragen. Patienten, die dieses Angebot nicht wahrnehmen wollen, sind eher selten und werden sich frühzeitig zu erkennen geben. Sie haben dann die Möglichkeit, diese Patienten „ausreichend und wirtschaftlich“ aber ohne schlechtes zahnärztliches Gewissen zu behandeln. Viele dieser Patienten kommen zu einem späteren Zeitpunkt auf das Angebot der präventiven Therapie zurück und zeigen sich dann als sehr motivierte und bewusste Recallpatienten.

Die erfolgreiche Darstellung der Vorteile der Prophylaxe gegenüber der traditionellen „K(l)assenzahnheilkunde“ setzt voraus, dass Sie selbst felsenfest von der Richtigkeit dieser Maßnahmen überzeugt sind. Die Therapieerfolge in der täglichen Praxis und die Dankbarkeit der Patienten für eine Behandlung, die berechtigte Aussichten zulässt auf einen Zustand, der mit Gesundheit bezeichnet wird, sind Ihre Motivationsfaktoren.

Überzeugen Sie doch die Bakterien...! In diesem Zusammenhang gestatten Sie mir noch eine Bitte an die Politiker und die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen: Sollten Sie jetzt den Schluss ziehen, der Prophyla-

xe in der Zahnheilkunde entsprechende Bedeutung auch im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung zukommen zu lassen, bedenken Sie bitte bei allen möglicherweise notwendigen Sparmaßnahmen, die zu einer Vereinfachung der Prophylaxemaßnahmen führen sollten, dass Sie nicht die Bevölkerung oder die Zahnärzteschaft von der Notwendigkeit der Einschränkungen im Rahmen der Leistungen überzeugen müssen, sondern die Bakterien in der Mundhöhle müssen ein Einsehen in den angeschlagenen Finanzetat des Staates und der Krankenversicherungen haben. Falls Sie sich aber diese Fähigkeiten der Überzeugung nicht zutrauen, dann müssen die Rahmenbedingungen auf jeden Fall so bleiben, dass in Zukunft weiterhin wirksame und nicht scheinbare Vorsorge in den Praxen betrieben werden kann.

Schon Abraham Lincoln formulierte 1865 folgendermaßen:

Ihr werdet die Schwachen nicht stärken, indem Ihr die Starken schwächt.

Ihr werdet denen, die ihren Lebensunterhalt verdienen müssen, nicht helfen, indem Ihr die ruiniert, die sie bezahlen. Ihr werdet mit Sicherheit in Schwierigkeiten kommen, wenn Ihr mehr ausgebt, als Ihr verdient.

Ihr werdet kein Interesse an den öffentlichen Angelegenheiten und keinen Enthusiasmus wecken, wenn Ihr dem Einzelnen seine Initiative und seine Freiheit nehmt.

Ihr könnt Menschen nie auf Dauer helfen, wenn Ihr für sie tut, was sie selber für sich tun können.

Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

## Einzel- oder Gruppenpraxis... keine leichte Entscheidung

EVA HÜBNER, Berlin

Die Wahl der Praxisform hat Auswirkungen gesellschafts- und haftungsrechtlicher Art. Seit einigen Jahren kommen auch immer mehr wirtschaftliche Gründe hinzu, die eine Tendenz zur gemeinsamen Berufsausübung verstärken.

Die nunmehr vier klassischen Praxisformen der freiberuflichen Tätigkeit sind die

- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft
- Gemeinschaftspraxis
- Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (seit 1.7.95)

Alle vier Praxisformen entsprechen den Anforderungen des Berufsrechts. Insbesondere ist die unabhängige, eigenverantwortliche Tätigkeit ohne Fremdbestimmung sichergestellt. Nur so kann auch ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entstehen, welches zur Bindung des Patienten an die Praxis führt.

Zum Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gehört, daß sich der Patient bei jeder Entscheidung des Arztes darauf verlassen kann, daß alles im Interesse seiner Heilung geschieht und nicht in Hinblick auf wirtschaftliche Interessen, ggf. sogar Dritter (Kapitalgeber!). Daher werden sog. Kapitalgesellschaften (KG, AG, GmbH) als nicht geeignet abgelehnt. Was bedeuten nun die einzelnen Praxisformen, und welche Vor- und Nachteile haben sie ?

### 1. Einzelpraxis

Eindeutiger Vorteil der Einzelpraxis ist die hohe Unabhängigkeit und Selbständigkeit von

- Praxisort
- Art und Umfang der Praxiseinrichtung
- Zahl, Qualifikation und Persönlichkeit der Mitarbeiter
- Praxisorganisation
- Arbeits- und Freizeit
- Kostenaufwand für die Praxisführung
- Spektrum- und Honorargestaltung für Privatbehandlungen und außervertragliche Leistungen
- Umfang und Themen der eigenen Fortbildung.

Nachteil der Einzelpraxis ist, daß der gesamte Betrieb der Praxis von einer Person, dem Praxisinhaber, abhängt. Ausfallzeiten durch Krankheit, Urlaub und Fortbildungsveranstaltungen müssen ausgeglichen werden. Auch ist in der Einzelpraxis die Möglichkeit zur ständigen fachlichen Kommunikation nicht vorhanden.

### 2. Praxisgemeinschaft

Diese Form der Sozietät bedeutet die Zusammenarbeit selbständiger Einzelpraxen zum Zwecke der gemeinsamen Nutzung von Räumen, Einrichtungen (z.B. Röntgen, Sekretariat, Computer) und Personal. Jede der beteiligten Praxen hat ihren Patientenstamm und eine eigene Krankenblattführung, ein eigenes Praxisschild sowie eine eigene Patienten- und KZV- Abrechnung. Jeder Partner tritt unter seinem Namen auf, schließt Verträge alleine ab und trägt für sich die alleinige Haftung; eine Mithaftung der anderen Partner gibt es nicht. Vertraglich zu regeln sind insbesondere der Umfang der Kostenteilung der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen, Räumen und Personal.

Wichtig ist es, einen sorgfältig ermittelten Kostenschlüssel zu vereinbaren, nach dem die gemeinschaftlichen Kosten verteilt werden. Nach diesem Schlüssel sind auch die Geldmittel zur Verfügung zu stellen, also Einlagen zu leisten. Praktisch entstehen hier drei voneinander getrennte Rechenwerke. Jeder Partner rechnet für sich alleine ab. Der Vorteil der Praxisgemeinschaft liegt in der Kostenersparnis. Gleichzeitig birgt diese Regelung das Risiko in sich, daß die Partner unter einem Dach in Konkurrenz treten.

### 3. Gemeinschaftspraxis

Die Gemeinschaftspraxis stellt eine Gesellschaft nach bürgerlichem Recht dar (Sozietät). Sie ist die rechtlich denkbar engste Form der Zusammenarbeit, hier wird die Praxis gemeinschaftliches Ei-

gentum. Die Partner üben ihren Beruf unter dem Dach der Gesellschaft aus, sie bilden rechtlich eine Einheit, sie treten daher nach außen als Partnerschaft auf. Die Folge ist, daß sie gemeinsam das Risiko und die Haftung tragen, einen gemeinsamen Abrechnungstempel bei der KZV haben und die Patienten Verträge nicht mit dem einzelnen Zahnarzt, sondern mit der Sozietät schließen. Selbstverständlich bleibt es dem Patienten überlassen, von welchem Partner er behandelt werden will. Auch hier gilt der Grundsatz der freien Arztwahl, der durch die Berufsordnung normiert ist. Die Partner mieten die Räume gemeinsam an, die Praxiseinrichtung wird gemeinsam angeschafft und gemeinsames Eigentum, die Mitarbeiter werden Angestellte der Sozietät. Diese Art der beruflichen Zusammenarbeit ist ideal, man kann sie als eine berufliche Ehe betrachten. Grundlage einer solchen Partnerschaft ist daher absolutes Vertrauen und Zutrauen zueinander, eine ausgeprägte freundschaftliche Einstellung zueinander und der gemeinsame Wille, miteinander den zahnärztlichen Beruf auszuüben. Eine Gemeinschaftspraxis sollte stets auf lange Zeit geplant und vereinbart werden.

Der gemeinsam erwirtschaftete Ertrag wird nach einem vertraglich festgelegten Schlüssel verteilt. Die Sozietät verfügt über ein gemeinsames Bankkonto, alle Verträge werden unter dem Namen der Sozietät abgeschlossen.

### **Besondere Form: Die Senior/ Junior-sozietät**

Anstatt eines Praxisübernahmevertrages bietet es sich an, daß sich Senior und Junior darüber einig sind, die Pra-

xis langsam in die Hände des Juniors zu übergeben. Besteht eine entsprechende Vertrauensgrundlage, absolviert der Junior zunächst eine Probezeit / Assistenzzeit bei dem Senior. Dann begründen beide eine Sozietät, d.h. der Senior bringt seine Praxis in die Sozietät ein, der Junior leistet seinerseits keine Einlage. Das hat für ihn den Vorteil, von Kreditaufnahmen sowie von Zins- und Tilgungsverpflichtungen befreit zu sein. Der Senior müßte nämlich das sogenannte „Eintrittsgeld“ angesichts seiner Einkünfte aus der Praxis hoch versteuern. Anstelle eines Kaufpreises oder Eintrittsgeldes wird stattdessen von dem Junior dem Seniors für den Zeitpunkt nach der Übernahme der Praxis eine Zeitrente von 10 Jahren zugesagt. Vorteil für den Junior ist, daß er die Rentenzahlung aus seinen künftigen Praxiserträgen aufbringen kann, Vorteil für den Seniors ist, daß er dann, wenn er seine berufliche Tätigkeit beendet hat, über einen Zeitraum von mehreren Jahren zusätzlich zu seiner Altersversorgung eine Rente erhält, die seinen Lebensabend sichert. Die Rente wird zugunsten des Seniors wertgesichert, damit ist das Inflationsrisiko ausgeschaltet.

Auch die Zeit der Sozietät wird zeitlich begrenzt, der Junior weiß also, wann er die Praxis alleine übernehmen wird. Der Gewinnverteilungsschlüssel wird zumeist variabel gestaltet, zunächst erhält der Senior einen höheren Anteil am Gewinn, nach einiger Zeit wird der Gewinn hälftig aufgeteilt und nach einiger Zeit fällt der Gewinnanteil des Seniors. Zu dieser Zeit zieht er sich langsam aus der Praxis zurück und beansprucht für sich mehr Freizeit.

Natürlich ist auch bei der Senior / Juniorsozietät ein Kauf der Praxis bei vollständigem Übergang auf den Junior möglich.

#### **4. Partner nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz**

Seit dem 01.07. 95 sind Partnerschaften nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz möglich. Der Gesetzgeber hat hierdurch eine besondere Rechtsform für freie Berufe geschaffen.

Es können sich auf diese Weise z.B. verschiedene Fachrichtungen zusammenschließen.

##### **a) Rechtsform**

Die Partnerschaft ist eine Personengesellschaft (wie die Gemeinschaftspraxis), sie ist keine juristische Person, keine Handelsgesellschaft und kein kaufmännischer Betrieb. Vielmehr ist sie ähnlich der offenen Handelsgesellschaft (OHG) ausgestaltet, so daß sie wie eine juristische Person auftreten kann. Die Partnerschaft ist voll namens-, grundbuch- und parteifähig, d.h. die Partnerschaft kann unter ihrem gewählten Namen auftreten oder sich in das Grundbuch eintragen lassen und prozessual aktiv und passiv ohne Benennung einzelner Gesellschafter auftreten.

##### **b) Strukturelemente der freien Berufsausübung**

Während die grundlegenden Strukturprinzipien dem Gesellschaftsrecht der OHG entnommen sind, sind aber einige wichtige Elemente hinzugekommen, die den Charakter der freien Berufs-

ausübung betonen. Dies sind folgende Elemente:

- Gesellschaftszweck ist nicht ein Gewerbe, sondern die gemeinsame Ausübung freier Berufstätigkeit.
- Die Zugehörigkeit zur Partnerschaft wird auf natürliche Personen beschränkt, die innerhalb der Partnerschaft einen freien Beruf ausüben,
- Bloße Kapitalanlagen und stille Beteiligungen sind nicht möglich,
- Bei der Anmeldung der Partnerschaft ist die tatsächliche Ausübung des freien Berufes nachzuweisen.
- Der Verlust der Berufszulassung (Approbation) führt zu einem Ausscheiden aus der Partnerschaft kraft Gesetz.
- Ein Erbe kann nur dann in die Partnerschaft einrücken, wenn er den freien Beruf tatsächlich ausübt.

##### **c) Berufsrechtsvorbehalt**

Ein Kernstück des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes ist der umfassende Berufsrechtsvorbehalt des §1 Abs. 3: Die Berufsausübung in der Partnerschaft kann in Vorschriften über einzelne Berufe ausgeschlossen oder von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht werden. Der Gesetzgeber macht damit deutlich, daß er mit der Schaffung einer neuen Gesellschaftsform nicht in das einzelne Berufsrecht der freien Berufe eingreifen und das Selbstverwaltungsrecht umgehen, sondern lediglich ein Angebot für eine zusätzliche Organisationsform unterbreiten will.

## Erfahrungen und Tipps für eine Praxisübernahme

ULRIKE SCHEYBAL, Berlin

Nach mehreren Jahren Assistenzarztzeit hatte ich mich entschlossen, nun selbst eine Praxis zu übernehmen. Von Kollegen meiner Altersgruppe hatte ich gehört, dass in vielen Fällen einer Praxisübernahme die ausscheidenden Kollegen ihre Praxen in den letzten Jahren ihrer Tätigkeit stark vernachlässigen. Das betrifft sowohl die zahnärztliche Einrichtung, die oft veraltet ist, wie auch die wirtschaftliche Situation der Praxis, was man an Hand der Umsätze der zurückliegenden Jahre nachvollziehen kann. Also war Vorsicht und Umsicht geboten!

Praxisneugründungen sind in Berlin kaum noch möglich. In den meisten Verwaltungsbezirken bestehen Zulassungsbeschränkungen, diese Bezirke sind mit Zahnärzten überversorgt. Bei meiner Suche nach einer geeigneten Praxis habe ich viele Erfahrungen gesammelt und viele fast witzig anmutende Situationen vorgefunden. In Steglitz oder Zehlendorf findet man zum Beispiel viele alt eingesessene Praxen mit Originaleinrichtungen und dem Mobiliar aus den 60'er und 70'er Jahren.

Ich fand nach längerem Suchen eine Praxis in Berlin-Mitte, die mir gefiel und angenehm erschien. Der bisherige Praxisinhaber war angetan davon, eine Nachfolgerin aus dem Ostteil der Stadt, dazu noch aus seinem Kietz, gefunden

zu haben. Seine Patienten fand er auf diese Weise am Besten weiterversorgt.

Bei meiner Existenzgründung habe ich die Bekanntschaft mit den unterschiedlichsten Wirtschaftsdiensten gemacht, die bei einer Praxisneugründung, einer Praxisübernahme oder Beteiligung einer bereits existierenden Praxis ihre Hilfe anbieten.

Es gibt zum Beispiel vom NAV-Virchow-Bund ausführliche Broschüren zur Existenzgründung, die mir eine wertvolle Hilfe waren:

1. Der Weg in die eigene Praxis.
2. Die Übergabe der Praxis.

Die zweite Broschüre beinhaltet Planung und Organisation der Praxisabgabe, Ermittlung des Praxiswertes, vertragliche Gestaltung sowie steuerliche Überlegungen. Als Anhang findet man gleich sämtliche Adressen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern.

Der NAV-Wirtschaftsdienst WIDI ist für Mitglieder kostenlos. Für alle Nichtmitglieder sind sie relativ preiswert zu bekommen, da man sich natürlich eine spätere Weiterbetreuung der neuen Praxis erhofft.

Auch ich habe mich auf diese Weise beraten und unterstützen lassen. Die Finanzierung erfolgte in meinem Fall durch die Apotheker- und Ärztebank. Aber auch die Hypo-Vereinsbank sowie die Dresdener Bank waren als mögliche Finanzierungspartner im Gespräch. Die besseren Konditionen oder die bessere persönliche Beratung können den Ausschlag geben. Übrigens

bekommt ein Existenzgründer bis zum Anlaufen der kompletten Praxisfinanzierung vom Arbeitsamt ein sogenanntes Überbrückungsgeld. Diesen Antrag sollte man unbedingt stellen. Die Krankenversicherung läuft dann automatisch weiter !

Vor dem Praxiskauf lohnt sich eine genaue Wertschätzung der zu erwerbenden Praxis. Der Stichtag für die Bewertung sollte nicht weiter als ein Jahr vom Zeitpunkt der Praxisabgabe entfernt sein. Soweit Faktoren bekannt sind, die in Zukunft Einfluß auf den Wert der Praxis haben, werden sie berücksichtigt. Man unterscheidet den materiellen- und ideellen Wert einer Praxis. Ausgangspunkt der Betrachtung des ideellen Praxiswertes sind die Einnahmen.

Hier die Checkliste zur Ermittlung des ideellen Praxiswertes:

- Entwicklung der Honorareinnahmen der letzten drei bis fünf Jahre
- Künftige Umsatzerwartungen
- Künftige Entwicklung der Ausgaben
- Tätigkeitsdauer, Bekanntheitsgrad und Beliebtheit des Arztes
- Medizinisches Leistungsangebot der Praxis mit Schwerpunkten

- Standort: Bedarfsplanung, Verkehrsanbindung, Parkmöglichkeiten
- Patientenstruktur
- Personalsituation
- Kooperationsverträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationszentren und sonstigen medizinischen Einrichtungen
- Vereinbarungen im Mietvertrag
- Größe, Ausstattung und Zustand der Praxis
- Konkurrenzsituation

Die Checkliste zur Ermittlung des materiellen Praxiswertes sieht so aus:

- Praxiseinbauten und -umbauten
- Medizinisch technische Geräte
- EDV-Anlage mit Software
- Medikamente und Verbrauchsmaterial
- Geringwertige Wirtschaftsgüter ( z.B. Mikrowelle )
- Praxiseinrichtung ( z.B. Behandlungseinheiten )

Nur das Vorliegen eines Praxiswertgutachtens bietet eine gute Ausgangssituation, um bei den Verhandlungen über den Praxisankauf zu einer Einigung zu kommen.

Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 65 % der Existenzgründungen durch Männer und 35 % durch Frauen realisiert wurden, prägten in den neuen Bundesländern die Frauen mit 65 % das Bild des Niederlassungsgeschehens.

Im Jahr 2001 erreichte das Investitionsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis mit einem Anstieg von knapp 4 % auf 322.000 Euro einen neuen Höchstwert. Da das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme zugleich um gut 8 % wuchs, sank die Differenz zwischen beiden Niederlassungsformen auf 58.000 Euro.

**Zitat aus: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte Nr. 3/2002**

## „Pleiten, Pech und Pannen“ - Prüfen Sie Ihren Mietvertrag

RALF GROßBÖLTING und DR. KARL-HEINZ SCHNIEDER, Berlin/Münster<sup>1)</sup>

Der „durchschnittliche“ Zahnarzt hat bei Gründung oder Übernahme einer Praxis sehr viele Dinge zu beachten. Von enormer Bedeutung ist dabei auch der Mietvertrag. In der Praxis ist sehr häufig festzustellen, dass die Zahnärzte nach der Verhandlung des Mietpreises die vorgelegten Verträge mehr oder weniger bedenkenlos unterzeichnen.

Dabei ist in aller Deutlichkeit davor zu warnen, denn meist aus dem Schreibwarengeschäft bezogenen oder sogar durch den Rechtsanwalt des Vermieters überarbeiteten Mietvertrag ohne Weiteres zu unterzeichnen. Dies gilt erst Recht mit Blick auf die Tatsache, dass der zahnärztliche Beruf einige wesentliche Besonderheit aufweist, die in Standardmietverträgen nicht zu finden sind. Da diese Besonderheiten zudem oftmals existenzwichtige Regelungsgegenstände haben, ist auf diese ein besonderer Augenmerk zu legen. Zwar sind die Zahnärzte als langfristige und in der Regel solvente Mieter gern gesehen. Dennoch scheuen die Vermieter – aus ihrer Sicht verständlicherweise – nicht davor zurück, einen möglichst für sie positiven Mietvertrag zu gestalten. Daher sollen in diesem Beitrag exemplarisch einige wichtigen Mietvertragsklauseln vorgestellt werden. Sie sollten sich die Mühe machen, Ihren Mietvertrag auf diese Punkte hin zu überprüfen.

1. Bereits in der Präambel eines Mietvertrages sollte vereinbart werden, dass das Mietobjekt zum Betreiben einer Zahnarztpraxis geeignet ist. Diese Formulierung mag selbstverständlich klingen. Dennoch kann selbst der umfangreichste Mietvertrag niemals alle etwaigen Streitfälle umschreiben. Daher kann die Präambel in einem Gerichtsverfahren durchaus entscheidende Bedeutung haben. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch ist bei einem Rechtsstreit der „wahre Wille“ der Parteien zu ermitteln. Findet sich keine explizite Regelung zu einem Problem, hat das Gericht daher den Vertrag auszulegen. Diese Auslegung erfolgt in der Regel aufgrund des Wortlautes des Mietvertrages, aber unter anderem auch mit Blick auf die Präambel.

2. Der Zahnarzt sollte – soweit möglich – darauf achten, dass der Vermieter ihm zahnärztlichen Konkurrenzschutz in demselben Haus oder in dem Vermieter gehörenden Häusern in derselben Straße bzw. in einem gewissen Umkreis gewährt. Zudem sollte der Vermieter dafür Sorge tragen, dass andere Mieter nicht an zahnärztliche Konkurrenten des Mieters untervermieten.

3. Von Vorteil ist es darüber hinaus, wenn der Vermieter sich verpflichtet, für eine gewisse Dauer nach Beendigung des Mietverhältnisses die Mieträume nicht an einen anderen Zahnarzt zu vermieten, sofern es sich nicht um einen Praxisnachfolger des Mieters handelt. Denn so kann eher

sichergestellt werden, dass die Patienten der eigenen alten Praxis (in den neuen Räumen) treu bleiben.

4. Im Bezug auf die Mietzeit ist grundsätzlich eine Dauer von fünf bis zehn Jahren als erste Vereinbarung angemessen. Darüber hinaus sollten unbedingt Optionsrechte vereinbart werden. Dem Mieter können Optionen von bis zu vier mal fünf Jahren eingeräumt werden. Wichtig ist es, darauf zu achten, dass sich unbeschadet des Optionsrechts des Mieters das Mietverhältnis automatisch um ein Jahr verlängert, wenn nicht eine Seite z. B. sechs Monate vor Ablauf der Verlängerung widerspricht.

Ähnlich wie bei Ausübung der Option hat diese Formulierung dann Vorteile, wenn der Zahnarzt im täglichen Stress vergisst, sein Optionsrecht wahrzunehmen. Soweit der Zahnarzt z.B. nach den vereinbarten zehn Jahren nicht an die Ausübung seiner Option denkt, läuft der Mietvertrag nach Ablauf der Zeit ohne weiteres aus.

5. Mit Blick auf den regelmäßig anstehenden Notdienst kann vereinbart werden, dass der Vermieter dafür Sorge zu tragen hat, dass die Raumtemperatur konstant gehalten werden kann.

6. Die in nahezu allen Mietverträgen auftauchende Klausel, dass der Mieter Reparaturarbeiten etc. zu dulden hat, ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Dennoch sollte darauf geachtet werden, dass diese Reparaturen den Betrieb der Zahnarztpraxis nicht unzumutbar beeinträchtigen dürfen. Der Zutritt zur Zahnarztpraxis soll

grundsätzlich außerhalb der Sprechstundenzeiten erfolgen. Diese Punkte muss der Mietvertrag regeln.

7. Es kann sich durch aus als wichtig erweisen, dass der Vermieter dem Mieter im Falle des Zahlungsverzuges die Gelegenheit gibt, die rückständigen Beiträge zu zahlen, indem er schriftlich über die Höhe der ausstehenden Zahlungen informiert und gleichzeitig auf die durch Nichtzahlung entstehenden Konsequenzen (fristlose Kündigung) hinweist. Auch im Bereich des Zahlungsverzuges kann es durchaus vorkommen, dass der Zahnarzt im täglichen Stress gewisse Dinge übersieht.

8. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage der Praxisabgabe in bestimmten Fällen. Im Zuge einer Ausweitung der Praxistätigkeit oder auch aus anderen Gründen muss der Mieter berechtigt sein, einen oder mehrere Zahnärzte als Mitarbeiter oder Teilhaber in die Praxis aufzunehmen. Ein Teilhaber muss das Recht haben, in den Mietvertrag einzutreten. Dies ist insbesondere mit Blick auf die dem neuen Partner obliegenden Vertragsverhandlungen (Zulassung, Finanzierung etc.) von Bedeutung.

Darüber hinaus sollte geregelt werden, dass etwaige Kooperationspartner berechtigt sind, im Einverständnis mit dem Zahnarzt jederzeit die Praxisnachfolge zu den bestehenden Vertragsbedingungen anzutreten. Regelmäßig wird der Vermieter darauf bestehen, dass eine entsprechende Zustimmung von seiner Seite erfolgt. Dies ist grundsätzlich nicht zu verwehren, da der Vermieter ein gutes Recht hat, ledig-

lich solvente Mieter auszuwählen. Soweit der Mietvertrag allerdings dahingehend formuliert wird, dass diese Zustimmung nur aus wichtigem Grund verweigert werden darf, wird beiden Seiten gerecht.

9. Im Falle der Berufsunfähigkeit des Zahnarztes muss ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt werden. Ähnliches gilt im Falle des Todes des Zahnarztes. Seine Erben müssen das Recht haben, den Mietvertrag zu kündigen bzw. die Praxis an einen anderen Zahnarzt zu übertragen und diesen an der Stelle des Zahnarztes in den Mietvertrag eintreten zu lassen. Ein Widerspruchsrecht darf dem Vermieter nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes zustehen.

10. Letztlich kann der Zahnarzt darauf drängen, dass ihm ein Vormietrecht auf weitere Flächen eingeräumt wird. Nimmt er ein Angebot auf Anmietung weiterer Flächen nicht innerhalb einer vereinbarten Frist an, kann der Vermieter ohne weiteres neue Interessenten finden.

11. Eine Untervermietung des Mietobjektes (z. B. nicht benötigte Räume an eine selbstständige Prophylaxe-Helferin) ist von der Erlaubnis des Vermieters abhängig. Ein Anspruch auf Erteilung der Untermieterlaubnis besteht im Gegensatz zum Wohnraummietrecht nicht. Lediglich ein Sonderkündigungsrecht wird für den Fall vorgesehen, dass der Vermieter die Zustimmung verweigert (§ 549 Abs. 1 S. 2 BGB). Ein Sonderkündigungsrecht kann in der Regel aber nicht das Ziel des Zahnarztes sein, der schließlich erhebliche Inves-

tionen vorgenommen hat und einen wertvollen Patientenstamm aufgebaut hat. Darüber hinaus ist in gewerblichen Mietverträgen oft dieses Sonderkündigungsrecht ausgeschlossen. Lediglich beiläufig wird in diesen Verträgen der § 459 BGB erwähnt. Der Zahnarzt ist sich regelmäßig nicht bewusst, welche Bedeutung diese Vorschrift hat.

12. Bereits bei Abschluss des Mietvertrages sollte vereinbart werden, dass der Vermieter die Erlaubnis für spätere Baumaßnahmen erteilt. Sollte es zu einer Veränderung der Praxisstruktur kommen und daher bauliche Maßnahmen erforderlich werden, müssen diese dem Zahnarzt im Sinne seiner Dispositionsmöglichkeiten gestattet sein. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass der Zahnarzt nicht zum Rückbau der von ihm durchgeführten Baumaßnahmen verpflichtet wird.

Kontakt: Rechtsanwälte Ralf Großbölting und Dr. Karl-Heinz Schnieder; Berlin/Münster; Unter den Linden 24  
Friedrichstraße 155-156, 10117 Berlin

In Westdeutschland wählte jeder fünfte zahnärztliche Existenzgründer (20 %) die Gemeinschaftspraxis. In der Altersgruppe der 26- bis 30-jährigen Zahnärzte hat sich der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den letzten vier Jahren mehr als verdoppelt (2001:31 %; 2000:36%, 1999:26%, 1998: 15%).

**Zitat aus: Informationsdienst des  
Instituts der Deutschen  
Zahnärzte Nr. 3/2002**

## Labor-Suche - mal anders

SVEN THIELE, ZAHNARZT, und GERMI TEMME, DIPL.-PSYCHOLOGIN

*Wo lasse ich Zahnersatz für meine Patienten anfertigen? Das ist gerade bei einer Praxisneugründung nicht nur eine wirtschaftliche, sondern auch eine qualitative Entscheidung. Wie finde ich ein Labor, mit dem ich kontinuierlich und vertrauensvoll zusammenarbeiten kann? Kollege Thiele beschreibt in dem folgenden, von der Redaktion gekürzten Artikel einen sicherlich ungewöhnlichen Weg, aber am Ende steht das Ergebnis.*

Ob man als Zahnarzt gerade ins Berufsleben startet oder schon seit Jahren in eigener Praxis tätig ist – in jedem Fall kann es einem passieren, dass man sich mehr oder weniger kurzfristig nach einem neuen Labor umsehen muss. Man steht also vor der Frage: Wie komme ich an ein neues Labor und welches sind die Kriterien, die mich erkennen lassen, daß sich dieses Labor als hochwertiger Handwerksbetrieb versteht, der den Herausforderungen der Zeit gewachsen ist? Vielleicht kennen Sie jemanden, der jemand anders kennt, der wiederum einen Techniker kennt. Wie Sie sich vorstellen können, wählte ich diese Möglichkeit. Dabei mußte ich feststellen, dass die von meiner Helferin auf diesem Wege kontaktierten Labore sich bis heute nicht bei mir gemeldet haben. Also begab ich mich selbst auf die Suche.

Was in einer Stadt wie Berlin nicht ganz einfach ist. In den Gelben Seiten findet man ca. 350 zahntechnische Labore, die man kaum alle anrufen und noch weniger alle ansehen kann. In meiner Praxis habe ich das Glück, dass ich eng zusammenarbeiten kann mit einer Arbeitspsychologin, die viel von Praxisführung, Personalauswahl und entsprechenden Verfahren versteht. Ich erinnerte mich an Gespräche mit Laborinhabern, die beklagten, daß sie keine wirkliche Bewährungschance am Markt erhielten, weil die meisten Praxen über Beziehungen vermittelt oder von eigenen Technikern, die sich selbstständig gemacht haben, abgeworben würden. Eine solche echte Chance wollte ich einräumen. Deshalb entwarfen wir einen Anforderungsbogen für die Auswahl des neuen Dentallabors. Hierin war genau beschrieben, welche Kriterien das neue Labor erfüllen sollte und welchen bestehenden und zukünftigen Anforderungen es souverän gewachsen sein sollte.

Unser Auswahlverfahren begannen wir damit, eine systematische Stichprobe von 75 Laboren aus der Gesamtzahl der Berliner Labore zu ziehen. Eine Helferin rief alle 75 Unternehmen an. Dies dauerte ungefähr einen Tag. Sie führte jedes Gespräch auf ähnliche Weise. Nachdem sie sich und meine Praxis namentlich vorstellte, verlangte sie den Laborinhaber oder Geschäftsführer. Ihm bzw. ihr nannte sie den Grund des Anrufs, ein neues hochwertiges Labor für die Praxis zu finden.

Eine weitere Frage lautete in jedem Falle, ob das Labor denn überhaupt noch einen neuen Kunden gebrauchen könne. Wenn die Antwort wenig überzeugend klang, sollte die Helferin das Gespräch freundlich beenden. Für den Fall, daß das Telefongespräch positiv verlief, lud die Helferin den Chef zu einem persönlichen Kennenlernen ein. Die Antworten, die wir auf unsere Fragen am Telefon bekamen, reichten von: „Wo haben Sie Ihre Praxis? Nein, da müssen wir ja viel zu weit fahren!“ über: „Wir haben so viel zu tun, da habe ich für solch ein Gespräch gar keine Zeit!“ oder: „Sie brauchen ein hochwertiges Labor, und ich bin der beste Techniker Berlins“ oder „Wenn Sie etwas wollen, dann schicken Sie doch einfach `mal eine Probearbeit ins Labor. Danach können wir uns unterhalten“ bis zu: „Eventuell können wir's ja mal versuchen“. Am Schluß blieben von den 75 angerufenen Dentallaboren 25 übrig, die vorgaben, an einem neuen Kunden so interessiert zu sein, dass sie dafür sogar einen Termin in meiner Praxis wahrnehmen wollten. Allerdings bauten wir am Ende des Gesprächs noch ein zusätzliches Auswahlkriterium ein. Jedes Labor wurde gebeten, zu dem persönlichen Treffen nur dann zu erscheinen, wenn wir vorher ein kurzes Fax bekommen würden. In diesem Fax sollte das Labor den Termin bestätigen und einen kurzen Überblick darüber geben, was es besonders gut kann, und wie sich der Laborinhaber die Zusammenarbeit mit uns vorstellt. In der Praxis kamen insgesamt zwölf Faxe an. Nur sechs (!) enthielten einen Überblick zu den Spezialitäten des Labors und zur Zusammenarbeit, die übrigen sechs waren reine Ter-

minbestätigungen. Vier Labore, die diese Variante wählten, schickten außerdem per Post umfangreiches Informations- und Werbematerial, das uns nicht weiter interessierte. Insgesamt deutete sich bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine nicht besonders herausragende Leistung der Labore an und ein deutlicher Widerspruch zu ihrer Selbstdarstellung. Obwohl die Helferin am Ende noch einmal darauf hinwies, daß jedes Labor bei weiteren Fragen in der Praxis anrufen könne, meldete sich niemand. Ein einziges Labor schickte einen vermeintlichen Fahrer, der Informationsmaterial brachte und sich davon überzeugen wollte, ob es bei dem Anruf um einen üblen Scherz eines Konkurrenten gehandelt hätte.

Der Termin für die persönlichen Gespräche rückte näher. Da keiner der Laborchefs sich nach dem Ablauf erkundigt hatte, sollte es eine große Überraschung werden, dass wir alle zur gleichen Zeit in die Praxis bestellt hatten. Und es war ebenfalls nicht bekannt, daß wir einen ganzen Praxistag für diese Treffen reserviert hatten. Ein gemeinsamer Termin für alle war uns insofern wichtig, als wir von vornherein sehen wollten, wie man von Seiten des Labors mit unvorhergesehenen und etwas kritischen, nicht ganz stressfreien Situationen umgeht. Zugleich ist dies eine Situation, die zeigt, wer sich auf Neues einlassen kann und wer nicht. Und auch, wer sich dafür interessiert, warum ein Zahnarzt zu solchen Mitteln bei der Auswahl eines Labors greift. Außerdem wollten wir mit einem Menschen zusammenarbeiten, der wahrnimmt, hinhört und hinschaut, und nicht gleich mit einer vorgefassten

Meinung auf uns zukommt. Und eines war klar: Wer in dieser Situation bleiben würde, der würde auch in unserer engeren Auswahl bleiben. Nebenbei gesagt, ist diese Art der Auswahl für viele in der Wirtschaft Beschäftigte in der heutigen Zeit durchaus üblich und enthält viele fachliche und menschliche Informationen für beide Seiten. Bekannt geworden ist sie unter dem Begriff des Assessment Centers.

Am Tage des Termins war alles vorbereitet. Eine Viertelstunde vor Beginn klingelte der erste Techniker. Er wurde von einer Helferin empfangen und gebeten, noch einen Moment Platz zu nehmen. Je näher die vereinbarte Uhrzeit rückte, desto schneller hintereinander schellte die Praxisklingel. Entgegen unserer Bitte kamen auch Laborinhaber, die kein Fax geschickt hatten. Interessanterweise stellte sich derjenige, der vorher als vermeintlicher Laborfahrer Informationsmaterial vorbeibrachte, jetzt als Laborinhaber vor. Ein anderer Techniker, der sah, dass kurz vor ihm schon zwei, drei seiner Kollegen kamen, sagte: „Na, das ist wohl nicht das beste Timing für solch einen Termin.“ „Wissen Sie, das Ganze hier hat ja auch was mit Wettbewerb zu tun, und Sie können sicher sein, daß wir uns in der Praxis genug Zeit für alle nehmen werden“, bekam er von einer meiner Helferinnen als Antwort. Daraufhin drehte er sich erzürnt um, ging zur Tür und sagte dabei: „Wettbewerb? Das habe ich nicht nötig!“ Vor der Praxis traf er auf Kollegen, mit denen er sich unterhielt und die gar nicht mehr hineinkamen. In der Praxis selbst war einer der selbständigen Unternehmer auf den Gedanken gekommen, darüber

zu philosophieren, daß man doch solch einen Termin boykottieren und jetzt gehen sollte, zwei oder drei selbständige Handwerksmeister schlossen sich mit der Bemerkung an: „Das haben wir ja noch nie erlebt.“ Sechs bis acht Techniker verließen die Praxis verärgert, ohne mich kennengelernt zu haben und meine Motive für dieses ungewöhnliche Vorgehen anzuhören.

Zehn Minuten nach der verabredeten Uhrzeit begrüßte ich die Zahntechnikerinnen und Zahntechniker persönlich, legte ihnen kurz meine Vorstellungen von einer Zusammenarbeit dar und fragte in die Runde der verbliebenen etwa fünfzehn, wer von sich glaube, der richtige Techniker für die Praxis zu sein. Keine Reaktion. Bis schließlich einer sagte: „Ich bin mit meinem Labor der Richtige.“

Nur wenige Laborleiter nutzten die Gelegenheit, sich vorzustellen und ein paar Worte zu sich und ihrem Labor zu sagen. Andere nörgelten, daß sie doch keine Geheimnisse vor Konkurrenten verraten würden. Geheimnisse wollte ich gar nicht hören, sondern herausfinden, wie jeder Einzelne mit einer ungewöhnlichen Situation umgeht. Schließlich sprach ich darüber, dass es mir wichtig ist, daß Techniker nicht nur im entfernten Labor sitzen, sondern bei der einen und anderen Arbeit zur Besprechung in die Praxis kommen. Daraufhin verließen weitere drei Unternehmer protestartig meine Praxis. Ein anderer regte sich auf und meinte: „Ich muß nicht in die Praxis zum Patienten kommen, meine Arbeiten passen immer. Schließlich liefere ich bis nach Bayern.“ Insgesamt dauerte die Veran-

staltung nicht länger als 20 Minuten, bis sich der Kreis auf drei Laborinhaber verringert hatte. Der Rest hatte sich z.T. ohne Verabschiedung aus dem Raum geschlichen. Die meisten gingen, ohne eine Frage an mich gerichtet und selbst den Mund aufbekommen zu haben. Zum Schluß saß derjenige Laborinhaber als letzter auf meinem Praxissofa, der auch als erster gekommen war. Er hatte sich zurückgelehnt und die ganze Situation von Beginn an beobachtet. Er konnte abwarten, ohne vorschnell zu urteilen. Erwähnenswert ist auch eine junge Zahntechnikerin, die in der für sie ungewohnten Situation offensichtlich nervös war, aber als Unternehmerin handelte, ihren Mut zusammennahm und mit wenigen Worten sofort mein Interesse auf ihre Arbeit und ihr Labor lenkte. Diese beiden

Laborleiter bildeten sich ihre eigene Meinung und gestalteten die Situation aktiv mit. Deshalb verabredete ich mit ihnen ein Treffen in ihren Laborräumen, um mich vor Ort von ihren Leistungen überzeugen zu können. Schon bald schickte ich die ersten Probearbeiten, die zu meiner vollsten Zufriedenheit ausgeführt wurden.

Abschließend bleibt mir noch die Anmerkung, dass sich hoffentlich bei mehr Dentallaboren die Erkenntnis durchsetzt, wie man sich zukünftig gemeinsam mit einer Praxis dem Wettbewerb stellt, zusammenarbeitet und zu begreifen beginnt, daß unsere Arbeit immer mehr mit Wettbewerb und Leistung zu tun hat.

In den vergangenen fünf Jahren hat sich der ideelle Wert („Goodwill“) bei einer westdeutschen Praxisübernahme als recht stabil erwiesen; im Jahr 2001 betrug er 84.000 Euro. Für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen wurden im gleichen Jahr rund 112.000 Euro gezahlt.

Das zahnärztliche Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 2000/2001 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen.

Die Autoren dieser Investitionsanalyse sind: Dr. David Klingenberg/IDZ und Dipl.-Kfm. Andrea Schwarte/Apo-Bank.

**Der Gesamttext der IDZ-Analyse kann unter <http://www.idz-koeln.de> heruntergeladen werden.**

**Zitat aus: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte Nr. 3/2002**

# Praxisverkauf

## die neue Bedarfsplanung ab 2003 – Was ist zu beachten?

RALF GROßBÖLTING und DR. KARL-HEINZ SCHNIEDER; BERLIN/MÜNSTER

Unabhängig von der wirtschaftlichen Relevanz eines Praxisverkaufes muss eine rechtliche Begleitung und Absicherung dieses Schrittes erfolgen. Es nutzt dem Abgebenden nichts, einen guten Preis zu erzielen und sich sogleich erfreut zurückzulehnen, wenn später Probleme auftauchen, die wegen fehlender vertraglicher Regelungen zu gravierenden Folgen führen. Dies gilt insbesondere deswegen, weil der Praxisverkauf auch einen – wesentlichen – Teil der Altersvorsorge darstellt.

Im Folgenden wollen wir daher den üblichen Verlauf einer Praxisveräußerung im gesperrten Gebiet und eine Reihe von wichtigen Punkten darstellen, die bei dem Verkauf unbedingt beachtet werden sollten.

### 1. Frühzeitige Planung

Das Nachbesetzungsverfahren nimmt einen geraumen Zeitraum in Anspruch. Der zeitliche Ablauf hat auch Bedeutung für den zu erzielenden Kaufpreis.

Daher: Ermittlung des Verkehrswertes der Praxis im Vorfeld der Zulassungsentscheidung. Ziel ist die realistische Einschätzung und Zusammenstellung von Argumenten für die Verhandlungen mit dem Erwerber, aber auch für die etwaige Wertfestsetzung durch die Zulassungsgremien im Rahmen des gesetzlich normierten Nachbesetzungsverfahrens. Durch die Vorlage eines Bewertungsgutachtens lässt sich gegebenenfalls Streit über die Höhe des Verkehrswertes vermeiden.

### 2. Der „zweite“ Weg

Annoncierung in den einschlägigen zahnärztlichen Zeitschriften, um schon im Vorfeld Kontakt mit Bewerbern herzustellen und Verhandlungen aufzunehmen. Bis zur Bewältigung aller Formalitäten (Entscheidung des Zulassungsausschusses, Mietvertrag, Finanzierung des Kaufpreises durch den Erwerber, Praxiskaufvertrag etc.) können leicht zwölf Monate vergehen.

### 3. Der „offizielle“ Weg

Ausschreiben der Praxis in den offiziellen Mitteilungsblättern der KZV. Damit ist das formale Verfahren in Gang gesetzt. Lassen Sie im Zweifel (z.B. bei nur geringer Überschreitung der Sperrungsgrenze) die Anordnung der Zulassungsbeschränkung für Ihren Bezirk überprüfen. In diesem Fall ist ein „freier“ Verkauf möglich. Vorsicht: Die Formulierung in Bezug auf den „Verzicht“ der Zulassung im Rahmen der Antragstellung bei der KZV ist von entscheidender Bedeutung! Ein Verzicht ist endgültig und bindend. Teilen Sie lediglich die beabsichtigte Beendigung der vertrag Zahnärztlichen Tätigkeit mit.

### 4. Die Auswahl

Übersendung der Liste der eingegangenen Bewerbungen durch die zuständige Stelle der KZV. Kontaktaufnahme und Kennenlernen der einzelnen Bewerber durch den Abgebenden. Jeder könnte der „Auserwählte“ sein.

## 5. Die Einigung

Einigung mit dem Erwerber möglichst vor der Entscheidung der Zulassungsgremien. Die Kaufverträge werden unter der Bedingung der Zulassung des Käufers abgeschlossen. Dies ist deshalb erforderlich, weil nicht der Abgebende „das letzte Wort“ in Bezug auf seine Nachfolge hat. Die Auswahl obliegt dem Zulassungsausschuss auf Grundlage der gesetzlichen Kriterien. Die Interessen des Abgebenden werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Ausnahme: Zumindest der Verkehrswert der Praxis muss gezahlt werden. Faktisch wird allerdings in vielen KZV-Bereichen demjenigen Bewerber der Zuschlag erteilt, mit dem der Abgebende eine Einigung erzielt hat.

## 6. Die Sitzung des Zulassungsausschusses

Nehmen Sie möglichst an der entscheidenden Sitzung des Zulassungsausschusses teil.

## 7. Der Zulassungsbescheid

Die Prüfung der Entscheidungen der Zulassungsgremien, um gegebenenfalls doch noch den Wunschkandidaten durchzusetzen, ist angebracht. Der Nachbesetzungsbeschluss unterliegt zu seiner Wirksamkeit bestimmten juristischen Voraussetzungen.

## 8. Rechtsmittel?

Gegen die Auswahlentscheidung der Zulassungsgremien können die nicht berücksichtigten Bewerber, der bisherige Praxisinhaber, seine Erben oder Gemeinschaftspraxis-Partner, deren berechtigten Interessen nicht ausreichend berücksichtigt worden sind, aber auch die Krankenkassen und die KZV, Widerspruch einlegen. Dieser Wider-

spruch hat aufschiebende Wirkung, sodass der ausgewählte Bewerber zunächst seine vertragszahnärztliche Tätigkeit nicht aufnehmen kann. Der Berufungsausschuss kann allerdings die sofortige Vollziehung seiner Zulassungsentscheidung anordnen. Gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses wiederum können die betroffenen Beteiligten klagen. Diese Klage wird beim Sozialgericht erhoben und hat ebenfalls aufschiebende Wirkung. Hinweis: Im Falle des Falles sollte per einstweiliger Anordnung eine vorläufige Entscheidung des Sozialgerichtes über die Besetzung des Vertragsarztsitzes angestrebt werden. Der Streit über die Besetzung eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes führt nämlich sonst bei längerer Dauer regelmäßig zu erheblichen Verlusten.

## 9. Die neue Bedarfsplanung

Der Gesetzgeber hat für das Jahr 2003 eine neue Bedarfsplanung auf Grundlage neuer Verhältniszahlen „Zahnarzt – Einwohner“ angeordnet. Es wird vermutet, dass es zu einer Verschärfung der Situation kommen wird. Nicht geregelt ist auch die Frage, ob die derzeitige Nachfolgezulassung Bestand haben wird oder ob beispielsweise Vertragsarztsitze (gegen entsprechende finanzielle Vergütung) von Seiten der KZV oder der Kassen „stillgelegt“ werden können. Es findet sich lediglich ein Ansatz in der Gesetzesbegründung zum GKV-GRG 2000-E: „...Auch nach der neuen geregelten Bedarfszulassung ist weiterhin die Praxisübergabe nach §103 Abs. 6 SGB V möglich...“. Dennoch bleibt eine gewisse Unklarheit.

## 10. Die Verträge

Praxiskauf-, Gemeinschaftspraxis- und Praxisgemeinschaftsverträge bedürfen einer besonderen und sorgfältigen Überprüfung im Vorfeld der Übertragung. Hier bestehen auch Beziehungen zu vorhandenen Miet- und Arbeitsver-

trägen. Aufgrund des unmittelbaren Zusammenhangs sollten diesen Verträge niemals vollständig unabhängig voneinander verhandelt und abgeschlossen werden.

Kontakt Siehe Seite: 48

## Investitionsfinanzierung Bin ich zu teuer finanziert?

P.F. RUMOLD und CH. TRAPP, Berlin

Die Kosten der Investitionsfinanzierung sind von entscheidender Bedeutung für die Wirtschaftlichkeit des Praxisbetriebes. Der Autor stellt die Möglichkeiten der Zinssubvention für Investitionsdarlehen anhand von heute in der Industrie schon üblichen Derivatverträgen dar.

Nichts ist so beständig wie die Veränderung. Das gilt insbesondere für den Finanzsektor, bei dem die Veränderung systemimmanent ist. Zinsen bewegen sich jeden Augenblick.

Um dieser ständigen Veränderung aus dem Weg zu gehen, werden Investitionsfinanzierungen in aller Regel auf Festzinsbasis abgeschlossen. Das spiegelt vermeintliche Ruhe vor. Die Zinsen können sich nicht verändern, zumindest bis zum Ende der Zinsbindung. Das ist aber ein Trugschluß – Die Zinsfestschreibung verändert sich nicht – der Markt sehr wohl.

Was bedeutet das ?

Von den wenigen Glücklichen abgesehen, die im Januar 1999, dem absoluten

Zinstiefpunkt, ihre Zinsfestschreibung abgeschlossen haben, bedeutet es, daß die meisten eben zu einem ungünstigeren Zeitpunkt abgeschlossen haben, also höhere Zinsen zahlen. Unabhängig vom Abschlußzeitpunkt bleibt sowieso festzustellen, daß variable Finanzierungen, über die Jahre hinweg gesehen, im Schnitt um ca. 1,5% günstiger waren. Fazit: Wahrscheinlich haben die Meisten zu teuer finanziert !

Sollte es so sein, ergeben sich zwei Handlungsalternativen. Die erste (und meist benutzte) besteht darin einen tiefen Seufzer auszustoßen, mit „des Geschickes Mächten“, insbesondere den Zinsveränderungen zu hadern und ansonsten nichts zu tun.

Die zweite Alternative ist etwas anstrengender und aufwendiger, führt aber unzweifelhaft zu positiveren Ergebnissen.

Auch Banken, Industrieunternehmen und mittelständische Firmen haben selten eine Glaskugel, die ihnen den optimalen Einstiegszeitpunkt für Zinsentscheidungen voraussagt. Aber sie reagieren auf Zinsveränderungen und

unterscheiden sich damit fundamental von Privatpersonen oder den meisten Freiberuflern.

Wenn man sich also entschlossen hat, seine Situation zu verändern, liegt der 2.Schritt darin, sich eine Zinsmeinung zu bilden. Für diesen Meinungsbildungsprozeß fordern Sie ruhig die Mithilfe Ihres Bankberaters. Die meisten Banken beschäftigen Heere von Volkswirten, die sich Gedanken über Zinsentwicklungen machen, nutzen Sie diesen Brainpool für Ihre eigene Entscheidung. Nutzen Sie aktiv die Chancen, die Ihnen die Änderungen am Zinsmarkt bieten.

Wie kann denn eine Veränderung der Zinsbindung erreicht werden ?

Der traditionelle Weg führt über die Vorfälligkeitsentschädigung und dem nachfolgenden Neuabschluß eines Darlehens. Das ist „Mittelalter“. Aufwendig, teuer und nahezu undurchschaubar.

Profis nutzen hier andere Möglichkeiten, die nachfolgend dargestellt sind.

## Der Zinstauschvertrag

Seit den 80er Jahren hat sich in der Industrie der Gebrauch von sogenannten „Swapverträgen“ rasant entwickelt und hat jetzt einen Status erreicht, der es auch Privatpersonen erlaubt, diesen Markt zu nutzen. Der Zins-Swap-Vertrag (engl. swap = tauschen) ist ein, vom Grundgeschäft, also der Investitionsfinanzierung, völlig getrennter Vertrag. Das heißt also, daß die Finanzierung, unangetastet bleibt und so wie ursprünglich geplant, bis zum Laufzeitende weiterläuft. Keine Kreditverhandlungen, keine neue Sicherheitenstellung, keine neuen Verhandlungen über Zinsen (von evtl. Zinsabläufen abgesehen) sind nötig. Nur der Swapvertrag wird neu abgeschlossen. Der Swapvertrag beinhaltet die

**Einsatz von Swaps zur Zinssubvention bei Festsatzkrediten**

Zinsmeinung:

- Die Geldmarktzinsen bleiben konstant, fallen oder steigen nur sehr moderat
- Laufzeit bis zu 20 Jahren

Zinsergebnis: (im 1. Halbjahr)

- Kunde zahlt 7,00 %-Festsatz (aus Kredit)
- Kunde empfängt 4,75 %-Festsatz (aus Swap)
- Kunde zahlt 3,50 % variabel 6-Monats-EURIBOR (aus Swap)
- Kunde zahlt 3,50 % variabel 6-Monats-EURIBOR
- + Differenz 2,25 % -Festsätze
- also 5,75 % statt 7,00 %

Das Diagramm zeigt den Fluss von Geld und Zinsen zwischen drei Parteien: dem Kreditnehmer (oben links), dem Swappartner (unten links) und der Bank (unten rechts).  
 - Der Kreditnehmer erhält einen **€-Kredit** von der Bank.  
 - Der Kreditnehmer zahlt einen **€-Festsatz** an die Bank.  
 - Der Kreditnehmer zahlt einen **€-Festsatz** an den Swappartner.  
 - Der Swappartner zahlt einen **€-Festsatz** an den Kreditnehmer.  
 - Der Swappartner zahlt **6-Monats-EURIBOR** an die Bank.  
 - Die Bank zahlt **6-Monats-EURIBOR** an den Swappartner.

vertraglichen Vereinbarungen der Bank mit dem Kunden bezüglich

- Austausch eines festen Zinssatzes gegen einen festgelegten Referenzzinssatz (i.d.R. EURIBOR)
- eines fiktiven Kapitalbetrages
- zu festen Austauschterminen
- für eine bestimmte, vorher vereinbarte Laufzeit
- der gleichen Währung beider Zahlungsströme

Zum besseren Verständnis soll der theoretische Sachverhalt, etwas vergrößert, an einem Beispiel deutlich gemacht werden.

Es wurde z.B. eine Investitionsfinanzierung in Höhe von 1,0 Mio Euro mit einer Restlaufzeit von 7 Jahren zu einem Zinssatz von 7% abgeschlossen (irgendwann vor ca. 3 Jahren). Nach reiflicher Überlegung sind Sie zu dem Schluß gekommen, daß die kurzfristigen Zinsen, bedingt durch die wirtschaftliche Entwicklung in der Eurozone, auf dem jetzigen Niveau bleiben oder allenfalls moderat steigen werden. Als Reaktion auf diese Basisdaten wird der Swapvertrag abgeschlossen, bei dem Sie den Festzinssatz (z.B. 4,75% für 5 Jahre) erhalten und den 6-Monats-EURIBOR (z.B. 3,50 %) zahlen. Sie haben also, zumindest für die 1.Periode (=1.Halbjahr) einen Zinsvorteil von 1,25% (in etwa T.Euro 6,25). Dieser Zinsvorteil senkt die Zinsbelastung aus Ihrer Investitionsfinanzierung, Ihr Zinssatz senkt sich quasi von 7% auf doch angenehmere 5,75%. Im 2.Halbjahr und jedem weiteren folgenden des 5-Jahres-Vertragszeitraumes wird dann jeweils der dann gültige 6-Monats-EURIBOR mit Ihrem Festsatz von 4,75% verglichen

und führt zu einem Zinszahlungsstrom. Solange der 6-Monats-EURIBOR unter Ihrem Festsatz bleibt, wird ein positiver Cashflow den Zinssatz der Investitionsfinanzierung senken. Aber, wie sagen unsere amerikanischen Freunde: „There's no free lunch“, der positive Effekt hält natürlich nur an, solange der EURIBOR-Zinssatz im Durchschnitt unter dem vereinbarten Festzins (im Beispiel 4,75 %) bleibt.

Die Veränderung der Festsatzzinsen am Markt wirkt sich nur auf den „Barwert“ des Swap-Vertrages aus. Steigen die langfristigen Zinsen wird der „Barwert“ negativ, fallen sie, wird er positiv. Dieser „Barwert“ muß im Falle der vorzeitigen Auflösung des Swap-Vertrages vom Kunden ausgeglichen werden, aber nur in diesem Fall. Im negativen Fall ist er mit der Vorfälligkeitsentschädigung vergleichbar, im positiven Fall erhält der Kunde eine Auszahlung. Das ist eine angenehme Begleiterscheinung, die bei Festsatz-finanzierungen unbekannt ist und damit einen klaren Vorteil zu seinen Gunsten darstellt.

Wie man aus dem Vorstehenden erkennen kann, gibt es hier eine wichtige „Stellschraube“ für den Erfolg und das ist die Höhe der kurzfristigen Zinsen. Je größer die Differenz zwischen dem abgeschlossenen Festzinssatz und dem aktuellen variablen Zinssatz ist, desto größer ist der generierte positive Cashflow. Es liegt also nahe, sich in der Zinslandschaft nach tiefen kurzfristigen Zinsen umzusehen. Dabei fallen japanischer Yen, schweizerischer Franken und amerikanischer Dollar ins Auge – alle drei Währungszinssätze liegen unter unseren EURIBOR-Sätzen.

Auch hier ist die Darstellung der Konstruktion wieder mit einem Zinstauschvertrag (Swapvertrag) möglich, wenn auch etwas komplexer.

Diesmal sprechen die Fachleute von einem

### **Cross-Currency-Swap.**

Im Gegensatz zum normalen Zinsswap werden bei einem Cross-Currency-Swap die Nominalbeträge der Währungen zu einem festgelegten Kurs getauscht. Dieser Kurs ist der bei Vertragsabschluß gültige Kassakurs. Zu genau diesem Kurs werden die Nominalbeträge am Ende der Laufzeit auch wieder zurückgetauscht. Der Cross-Currency-Swap gliedert sich also in 3 Phasen:

1. Initial Exchange (Anfangstausch)

Auf diesen wird in der Regel verzichtet, da der Kreditnehmer ja nicht tatsächlich die Fremdwährung braucht, denn er hat in Euro finanziert.

2. der eigentliche Zinstausch

Während der gesamten Vertragslaufzeit werden, ganz ähnlich dem normalen Swap, die Zinsen ausgetauscht. Das bedeutet, daß z.B. variable 6-Monat Yen-Zinsen zu zahlen sind und feste 5-Jahres-Euro-Zinsen von der Bank gezahlt werden.

3. Final Exchange

Am Ende der Laufzeit werden die Nominalbeträge wieder, zum anfangs vereinbarten Wechselkurs, zurückgetauscht. Diese Tausch ist Pflicht.

Cross-Currency-Swap sind nur zu empfehlen, wenn Sie über einen sehr guten Schlaf und einen ordentlichen Vermögensrückhalt verfügen. Der Pferdefuß, dieser eleganten und auf den ersten Blick verlockenden Finanzierungsform, liegt einfach in der Währungsentwicklung. Während Veränderungen der Wechselkurse in der zweiten Phase (s.o.) eigentlich nur marginale "Zinseszinsseffekte" auslösen, wirken sie sich beim "Final Exchange" direkt auf den gesamten Nominalbetrag aus. Es ist letztendlich eine Wette auf sinkende, zumindest nur moderat steigende Fremdwährungskurse. Eine seriöse Prognose über die gesamte Laufzeit von vielleicht 5 Jahren ist nicht möglich. Trotzdem, ganz vom Tisch wischen, sollte man diese Finanzierungsform auch nicht. Für Teilbeträge, zur Portfoliostreuung, in Kenntnis der eingegangenen Risiken und unter Begleitung einer erfahrenen Bank ist es eine Finanzierungsform, die extrem günstig sein kann.

Soweit der kurze und stark vereinfachte Ausflug in die Welt der Derivate. Die Feinheiten einer solchen Finanzierung sollten Sie sich, bei Interesse von Ihrem, hoffentlich kompetenten, Bankberater erklären lassen. Ein gläubiges Nicken wäre an dieser Stelle grundverkehrt. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, gilt aber: Eine moderne Steuerung der Zinsrisiken sollte jedem, der mit größeren Kreditportfolios oder Einzelkrediten zu tun hat, ein wichtiges kaufmännisches Anliegen sein.

Peter-Franz Rumold, Leiter Liquiditäts- und Investmentberatung; Dr. Christine Trapp, Leiterin Beratungszentrum für Heilberufe, Ernst-Reuter-Platz 9-10, 10587 Berlin

# Bausteine für die Zähne

*Eine Empfehlung  
für Ihre Patienten*

Tag für Tag  
Bad Reichenhaller  
MarkenJodsalz 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.



**Bad Reichenhaller**

**...die Geschmackskraft der Natur**

## Blaue Wunder gibt es, doch manchmal halten sie nicht lange!

U.HAPP, Hamburg

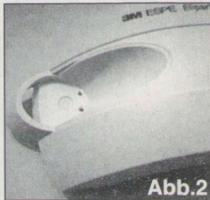
Eine Ergänzung zur Produktvorstellung des ESPE-Elipar FreeLight im DAZ forum 96/2002.

Von der wunderbaren Leichtigkeit und Handlichkeit der neuen Lichtgeräte mit blauen Dioden konnte ich mich früh überzeugen lassen und kann die Aussagen des Praxisberichtes von Dr. Müller (forum 96/2002) nur voll bestätigen. Ich vermisste die herkömmlichen Lampen mit lautem Ventilator und behindernder Kabelverbindung gar nicht mehr.

Über die Leichtfertigkeit bei der Produktkonstruktion und -ausführung des vorgestellten Gerätes hingegen musste ich mich maßlos wundern: die gesamt-

te Stabilität des Gerätes hängt fast am sprichwörtlichen seidenen Faden, nämlich an einem schmalen, knapp 2mm „starken“ Plastikteil am Ende eines langen Hebels. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann dieses bricht – bei mir war es nach ca. 3 Monaten.

Abb.1 zeigt das Gerät – nun mit einem unzureichenden Notverband versehen. Man beachte den schmalen Kunststoffüberstand links neben der metallfarbenen Oberfläche. Dieser schmale Kunststoffrand hält nicht nur das schräge liegende Gerät in der Ladestation (Abb. 2 + 3) sondern er hält mit seiner nur wenige Quadratmillimeter großen „Verbindungsfläche“ das ganze Gerät zusammen. Die schräge Lage des Ge-



rätes in der Ladestation „erleichtert“ die Hebelwirkung, die auf diesen freien Rand wirkt und an der „Sollbruchstelle“ frakturieren und das ganze Gerät auseinanderfallen lässt (Abb. 5). Dann helfen auch nicht mehr die kleinen Nasen des Verschlussdeckels, irgendetwas zusammen zu halten.

Fazit: Das blaue Licht der modernen Diodenlampen ist sehr gut geeignet zum Auspolymerisieren der Füllungs-kunststoffe, sie erleichtern uns durch geringes Gewicht, Schnurlosigkeit, intelligente Elektronik, wenig warmes und sehr blendarmes Lichtspektrum die Arbeit erheblich, wie mir langjährige Erfahrung mit dem Lichtgerät Luxomax von Akeda bewiesen hat. Dieses ist nur etwas leistungsschwächer, etwas umständlicher beim Aufladen, dafür kleiner, leichter und kostengünstiger. Von der Idee her ist das ESPE-Gerät auch gut. Nur, für die Konstruktion, da muss die Firma sich etwas einfallen lassen.

**Kommentar von 3M ESPE AG**  
vom 09.08.02: ...vielen Dank für die Übermittlung der detaillierten Fehlerbeschreibung zum Gehäusebruch an der Unterkante des Elipar FreeLight Handteils. Dazu folgende Stellungnahme: Im Einzelfall konnten wir beobachten, dass es im Bereich der Handteilunterschale des Elipar FreeLight's zu Gehäusebrüchen kam. In diesen Fällen trat der Bruch häufig in Verbindung mit der Verwendung zu aggressiver Desinfektionsmittel auf. Vor diesem Hintergrund hat 3M ESPE mittlerweile Maßnahmen zur Verstärkung dieser Region eingeleitet. Mit freundlichen Grüßen

3M ESPE AG

## Die **LUXoMAX** Kompositlampe

**einfach - zuverlässig**  
**flexibel - keine Hitze**  
**kein Geräusch - kabellos**

Als Lichtquelle dienen Leuchtdioden.

Diese haben den Vorteil, dass sie sehr wenig Energie benötigen und keine Wärme produzieren. Zudem haben Leuchtdioden eine fast unbegrenzte Haltbarkeit, so dass ein ständiges Austauschen sehr teurer Halogen-Birnen entfällt. Keine Erwärmung des Zahnes, keine Kühlung erforderlich, keine Geräuschentwicklung, 3-Jahres-Garantie auf die Licht-Quelle, Dreh- und autoclavierbarer Lichtleiter, Akkubetrieb.

LUXoMAX Licht pur



### Technische Daten

Voll aufgeladen hat der Akku eine Kapazität von 10 Stunden im Stand-by und 40 Minuten bei maximaler Licht-Intensität. Die Wellenlänge beträgt 440-495 nm.

**Sonderpreis €\***  
**800,-**  
zzgl. MwSt.

### Vertretung in Deutschland:

Greisen Produkt  
Service GmbH

Bovestrasse 4  
22041 Hamburg

Telefon  
040 - 68 94 24 - 0

Fax  
040 - 68 94 24 24

eMail  
info@luxomax.de

Internet  
www.luxomax.de

\* Sonderpreis-Aktion  
bis zum 30.09.2002

## Plastikgeld

*Wenn auch der Euro den Zahlungsfluss in ganz Europa verbessern soll, so ist doch die Erfahrung zu machen, dass der Bargeldanteil bei finanziellen Transaktionen immer weniger wird. Einer der Gründe ist, dass fast alle Einkommen wie Gehälter, Renten inzwischen bargeldlos fließen. Nahezu jeder Patient hat ein Bankkonto und nutzt es auch zum Zahlungsverkehr. Der bequemste Weg für kleinere und mittlere Beträge ist dabei die Plastikkarte. Die Zahnärzte als Leistungsanbieter müssen sich mit diesem patientenfreundlichen Service auseinandersetzen. Einer der Anbieter auf diesem Sektor ist die Firma B+S Card Service. Hier der Bericht eines Firmenvertreters:*

### **Kostenreduktion durch kartengestützte Zahlungssysteme**

Service rund um die Karte ist die Devise von B+S Card Service. Der Frankfurter Finanzdienstleister bietet seinen Vertragspartnern einen Rundum-Service für die Abwicklung von Zahlungskarten. Egal ob ein Patient mit ec-Karte oder mit Kreditkarte zahlen möchte. B+S liefert auch die dazugehörige Terminal-Infrastruktur.

Hervorgegangen aus dem ursprünglichen Kreditkartengeschäft der Bank of America, hat sich B+S zum größten Abrechnungszentrum für Visa Kreditkarten entwickelt. Heute sind verschiedene Banken und Sparkassenorganisationen Gesellschafter von B+S Card Service.

Die Firma passt sich den Marktgegebenheiten an und wickelt mittlerweile auch EUROCARD/Master-Card und die japanische Kreditkarte JCB ab. Hinzu kommt die Möglichkeit der ec-Karten-Akzeptanz aller vom ZKA (Zentraler Kreditausschuss) zugelassener Netzbetreiber. Somit können alle drei Kreditkartenarten und ec-Karten (auch Maestro) mit B+S abgerechnet werden. Der Vorteil ist die Kumulierung aller Kartenumsätze über einen Dienstleister mit entsprechend günstigen Konditionen für die Abrechnung.

Besonders bei der Behandlung ausländischer Besucher, die Heilmaßnahmen in Anspruch nehmen müssen, kommt Ärzten die Kartenakzeptanz via Kreditkarte zu Gute. Aufwendige Überweisungen aus dem Ausland entfallen, und der Zahlungseingang auf dem Vertragspartnerkonto dauert nicht länger als 10 Arbeitstage, denn B+S überweist die Beträge abzüglich einer Bearbeitungsgebühr (Disagio) innerhalb dieser Frist. Aber auch für deutsche „Kartenpatienten“ entfällt die lästige Überweisung. Der Zahnarzt muss nicht lange auf den Zahlungseingang warten und hat dadurch auch keinen Zinsverlust. Aufwendungen für Inkasso- und Mahngebühren werden auf ein Minimum reduziert.

Die Abwicklung, über ein elektronisches Terminal, welches den Anforderungen der deutschen Kreditwirtschaft entsprechen muss, ist einfach: Karte durchziehen, der Patient unterschreibt oder gibt seine Geheimnummer ein

- fertig. Insbesondere für den privat versicherten sowie den gesetzlich versicherten Patienten, der Eigenanteile oder außervertragliche Leistungen selbst bezahlen muss, ist diese Zahlungsart optimal.

B+S zählt mittlerweile einige Tausend Zahnärzte und Ärzte in Deutschland zu seinen Kunden. Auch viele Kliniken und Apotheken bedienen sich heute dieses „Rundum-Services“. Eine im Jahre 2000 durchgeführte unabhängige Studie zeigt deutlich die vier wichtigsten Vorteile für die Praxisverwaltung:

- 97 % der Befragten hoben die Bequemlichkeit und den besseren Service für Patienten hervor
- 84 % waren der Meinung, dass die Kreditkarte eine höhere Zahlungssicherheit gewährleistet.
- 83 % stellten beschleunigten

Zahlungseingang fest

- 71 % bejahten, dass die Kosten für Mahnungen und Inkasso-Maßnahmen zurückgingen.

B+S informiert drei Mal im Jahr seine Vertragspartner mit der Kundenzeitschrift „B+S Klartext“ über Neuigkeiten, Technik und Wissenswertes aus dem Kartengeschäft. Parallel können auf der Homepage [www.bs-card-service.de](http://www.bs-card-service.de) unter der Rubrik „B+S Klartext online“ verschiedene Informationen abgerufen werden. Derzeit bietet B+S zwei stationäre und ein mobiles Kartenterminal an. Die monatlichen Grundkosten belaufen sich zwischen Euro 21,00 und Euro 39,00, je nach Zahlungsverfahren, ob mit Geheimzahl oder im Lastschriftverfahren - ob stationär oder mobil mit GSM-Karte.

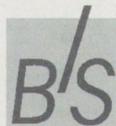
## Bargeldlos zahlen tut nicht weh ...

... sondern bietet Ihren Patienten mehr Service, mehr Sicherheit und mehr Flexibilität!

B+S - Ihr kompetenter Partner für die Akzeptanz von Kredit- und Zahlungskarten.



B+S Card Service GmbH  
 Postanschrift: Habnstraße 25 · D-60528 Frankfurt am Main  
 Besucherschrift: Lyoner Straße 9 · D-60528 Frankfurt am Main  
 Telefon +49 (69) 66 30-50 · Telefax +49 (69) 66 30-5211  
[info@bs-card-service.com](mailto:info@bs-card-service.com) · [www.bs-card-service.com](http://www.bs-card-service.com)



## Das kranke Kiefergelenk

### Fortbildung bei der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

URSULA FRENZEL, München

Auf der Mai-Tagung der beiden zahnärztlichen Verbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) in Frankfurt standen in diesem Jahr als fachliches Thema Kiefergelenkserkrankungen auf dem Programm. Dr. Ursula FRENZEL, niedergelassene Zahnärztin aus München, berichtet über den Vortrag, bei dem die Teilnehmer – ganz ungewohnt – kein einziges Zahn-Dia zu sehen bekamen.

Prof. Dr. J.M.H. DIBBETS, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie an der Marburger Universität, stellt sich direkt zu Beginn der Veranstaltung als "Querdenker" vor, als jemand, der gern einen anderen Blickwinkel einnimmt, der wissenschaftlich keiner "Glaubensgemeinschaft" angehört.

Es folgt der Versuch der Definition der "Kiefergelenksprobleme" aus heutiger wie aus historischer Sicht.

Schon der Deutsche STEINHARD beschrieb 1931 das Krankheitsbild der "Arthrosis deformans" des Kiefergelenkes. Weitaus bekannter wurden aber die Publikationen des Amerikaners COSTEN, nach dem dieses Krankheitsbild den Namen "Costen-Syndrom" bekam. Ausgangspunkt der Beschreibung waren "Ohr- und Sinus-Symptome bei zahnlosem Kiefer, durch zu tiefen Zusammenbiss". Etwa ab 1959 (SCHWARTZ) wird das Costen Syndrom zunehmend in Frage gestellt und der

Name ersetzt durch MPS = Myofascial Pain Syndrome. SCHWARTZ geht von einer Mitbeteiligung der Muskulatur aus und kommt von dieser Seite auch zu einem Therapieansatz.

Von LINDBLOM wird 1960 in Tausenden von Röntgenaufnahmen das Kiefergelenk vermessen und beurteilt, und es wird festgestellt, dass sich das alternde Gelenk meist "unschön" verändert, ohne dass dieser Veränderung unbedingt ein Krankheitswert beizugeben wäre. BOERING beschreibt 1966 die juvenile Form der Temporal Mandibular Disorder (TMD), die vermehrt während der Pubertät auftritt, während ein zweiter Gipfel der Symptomatik ab dem 40. bis 50. Lebensjahr zu sehen ist. Für ihn steht die Osteoarthrosis (OA) im Vordergrund, da diese röntgenologisch messbar ist. In den 70er Jahren war der Name TMJ im englischsprachigen Raum an der Tagesordnung, das J für Joint-Function, bis dieser Name durch eine Vielzahl von Prozessen gegen Zahnärzteso negativ belegt war, dass er fallengelassen wurde.

In den folgenden Jahren wird dem Zusammenspiel der Funktionen wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet, der "Knack-Mechanismus", dem REES bereits '52 nachspürte, mit Hilfe von Hochgeschwindigkeitskameras erforscht (ISBERG, 1980) und als reziproke Discusbewegung vor und auf dem Gelenkköpfchen enttarnt. Alles, was sich

Hochwirksame Fluorid-Kamillen-Zahncreme

# Medizinische Zahnpflege.

Medizin und Natur im Einklang: amin-o-med kombiniert hochwertige Pflanzenstoffe mit Amin- und Natriumfluorid zu einer Rundum-Mundpflege für Tag und Nacht.

DOPPELTER  
FLUORID-SCHUTZ

**Doppel-Fluorid:** Eine wirksame Kombination aus Amin- und Natriumfluoriden versorgt schnell und anhaltend den Zahnschmelz. Das stärkt die Widerstandskraft gegen Karies.

Fluoridgehalt: Aminfluorid 800 ppmF, Natriumfluorid 400 ppmF, RDA-Wert 60.

**Viele natürliche Wirkstoffe:** Kamillenblütenextrakte, (-)-alpha-Bisabolol nat. und D-Panthenol pflegen und wirken vorbeugend gegen Zahnfleischentzündungen.

Xylit verzögert den Plaqueaufbau um 50% und hemmt das Bakterienwachstum.

Hervorragend gegen Parodontitis.

amin-o-med ist Mundpflege auf medizinischem Niveau.

Bitte testen Sie selbst.

Auf Ihren Erfahrungsbericht freuen wir uns.

## Jetzt für Zahnärzte und Prophylaxe-Shops

Überzeugen Sie sich und Ihre Patienten. Bestellen Sie noch heute Original-75ml-Tuben zum Ärztepreis inkl. kostenfreier Probetuben und Informationsmaterial für Ihren Praxis-Shop direkt bei Dr. Liebe. Info-Tel: 0711 / 75 26 26 Bestell-Fax: 0711 / 75 66 66



Sauber und auffällig: Den Verkaufsaufsteller gibt es bei der Mindestbestellmenge von 12 Tuben gratis dazu.



Dr. Liebe  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen  
www.aminomed.d  
Infos per e-Mail:  
service@drliede.d

im Gelenk bewegen kann, also Kapsel, Stützgewebe, Bänder, wird als Internal Derangement (ID) bezeichnet. Die dazugehörigen Symptome sind: Schmerz, Geräusche und eingeschränkte Bewegung.

Die neuesten Veröffentlichungen stellen den orofazialen Gesichtsschmerz ganz in den Vordergrund und versuchen das Thema multidisziplinär anzugehen, zumindest, was die Therapie betrifft (DWORKIN '94, OKESON '96). In seinen verschiedenen Namen und unterschiedlichen Therapieansätzen spiegelt sich die Komplexität des Krankheitsbildes TMD wider.

Es ist einerseits definiert durch eine Osteoarthrose des Gelenkknorpels (OA), die aber ausgeprägt sein kann, ohne dass Symptome vorhanden sind, und andererseits durch Symptome aus diesem Bereich oder dem muskulären Anteil des Gelenks oder dem Kapselapparat (ID), ohne dass eine manifeste Osteoarthrose vorläge.

Es ist sehr schwierig, Aussagen verschiedener Autoren zu vergleichen, da oft von unterschiedlichen Definitionen ausgegangen wird. Häufig finden sich Zeichen "signs" für eine TMD, z.B. eine Deviation bei der Mundöffnung oder ein Knacken, ohne dass der Proband jemals selbst Symptome festgestellt hätte. Manchmal finden sich weder "signs" noch "symptoms" bei Patienten, die Jahre davor deutliche Gelenkbeschwerden gehabt hatten.

Am interessantesten sind deshalb die Longitudinalstudien über 20 und

mehr Jahre. Hier berichtet Prof. DIBBETS von einer Untersuchung, an der er selbst beteiligt war. 170 Kinder, die bei der kieferorthopädischen Erstuntersuchung zwischen 7 und 17 Jahren alt waren, wurden in eine Langzeitstudie aufgenommen und 20 Jahre lang nachuntersucht. Dabei zeigte sich:

- In 82% der Fälle, die als Kinder Symptome oder Zeichen von TMD hatten, traten auch später wieder Symptome auf, so dass sich daraus folgern lässt: TMD verschwindet nicht.
- TMD hat einen wellenförmigen Verlauf. Sie ist permanent, hat aber lange subklinische Perioden
- TMD ist kein Syndrom. Es sind nicht mehrere Zeichen und Symptome gleichzeitig vonnöten, um von diesem Krankheitsbild zu sprechen.
- TMD ist keine klassische Krankheit, deren Symptome nacheinander, bis zum Vollbild der Erkrankung erscheinen.
- TMD ist auch ohne signs und symptoms möglich.
- TMD ist chronisch, die Symptome nicht.
- TMD hat mehr als eine Dimension.
- TMD ist möglicherweise bei zwei Dritteln der Bevölkerung vorhanden wobei nur ein Drittel jemals irgendwelche Zeichen entwickelt.

- Gelenkprobleme traten beim untersuchten Klientel bei etwa 10% erstmals zwischen 13 und 16 auf (noch vor Kfo-Behandlung) und vor der endgültigen Einstellung der Okklusion.
- Ca. 6% der Kinder hatten im Röntgenbild bereits eine Osteoarthritis.
- Nach dem 16. Lebensjahr kam keine neu diagnostizierte OA mehr dazu (Wachstum?).
- Kinder mit TDM entwickeln einen leicht veränderten knöchernen Schädel mit Rückverlagerung des Unterkiefers und weniger ausladendem unterem Hinterkopf.

Daraus folgert Prof. DIBBETS:

- Röntgendiagnostik ist bei der Feststellung der Diagnose nicht unbedingt aussagekräftig, denn ein unschönes Gelenk allein ist noch keine Krankheit, aber die Probleme können auch bei "schönem" Gelenk auftreten.
- Der Kausalzusammenhang: falsche Okklusion – TMD hat sich nicht nachweisen lassen. Vielmehr ist es eher so, dass eine Schonhaltung des Gelenkes, wegen Schmerzes, zu einer falschen Okklusion führt.
- Chirurgische Interventionen sind völlig abzulehnen.

Prof. DIBBETS interessante und diktisch recht plausible Einführung in

die Grundlagen von TMD war gut geeignet, manche Lehrmeinungen zu Kiefergelenkserkrankungen kritischer zu betrachten. Jedoch hätten sich die Tagungsteilnehmer sicher weitere Tipps und Folgerungen aus der Theorie für die Praxis gewünscht.

So taten sich nach dem Exkurs in die Welt des Kiefergelenkes für viele Zuhörer eher mehr Fragen auf, als vorher da waren. Die Konsequenz des Vortrags ist für Mediziner, die von sich selbst und von denen ihre Patienten erwarten, dass sie bei jeder Erkrankung etwas tun, nicht leicht umzusetzen. Denn sie lautet:

Die Methode der Wahl beim schmerzfreien Patienten ist die Nicht-Behandlung.

Bei Schmerzen wird jeder so behandeln, wie er es auch bisher getan hat, und/oder den Patienten an eine Schmerzambulanz verweisen.

Mit Sicherheit wird das Gelenk mit oder ohne Behandlung nach einiger Zeit wieder schmerzfrei.



Kollegen gesucht für zahnärztl. Hilfseinsatz in Kenia/Ostafrika (ab 3 Wochen)

näheres unter [www.zahnarztthilfe-kenya.de](http://www.zahnarztthilfe-kenya.de)

## Brückenerweiterung

DR. A. POLEI, Lalling  
ZTM V. IVANOV, Viechtach

*Als Ergänzung zu dem Bericht einer Fortbildungsveranstaltung im forum76, Seite 56, wird hier ein besonderer Behandlungsfall zur Diskussion gestellt.*

Die CBW-Technik wird allen Anforderungen einer minimalinvasiven Behandlungstechnik der modernen Zahnheilkunde gerecht. Der Zahnschubstanzverlust ist verschwindend gering. Auf eine Lokalanästhesie kann in den meisten Fällen verzichtet werden. Das System ist universell einsetzbar und vom Behandler leicht zu erlernen. In diesem Bericht wird auf die Erweiterung einer bestehenden Brücke um eine Einheit eingegangen, wobei eine Erneuerung der schaltlückenseitigen prothetischen Versorgung (Brückensituation) nicht notwendig wurde. Im besonderen wird auch die zahntechnische Seite beleuchtet, um Verständnis für das System zu erlangen.

### Vorstellung des Patientenfalles

Bei dem vorliegenden Fall sollte eine Brücke von 44 bis 47 wegen Verlustes des Zahn 47 erweitert werden. Zahn 44 ist mit einem beanstandungsfreien intrakanalären Aufbau versorgt. Zahn 46 wurde 1995 hemiseziert und die distale Wurzel extrahiert. Die mesiale Wurzel wurde mit einem konventionellen Stiftkernaufbau zur Aufnahme einer Krone versorgt. Die distale Lücke beträgt 2 Prämolarenbreiten (Zahn 47 + distale Wurzel 46). Der Zahn 48 ist mit einer kleinen okklusalen Amalgamfüllung versorgt. Der präparatorische Zugang zu dem Zahn 48 gestaltet sich durch eine eingeschränkte Mundöffnung schwierig.

Die konventionelle Lösung dieses Falles bestünde in einer Erneuerung der Kronen an den Zähnen 44 und 46, zudem müsste Zahn 48 für die Aufnahme eines Brückenankers präpariert werden. An Hand dieses Falles wird eine echte Alternative zur Diskussion gestellt.

### Präparation und Einkleben des CBW-Ankers

Die Extraktionswunde Regio 47 heilte nach ca. sechs Wochen beanstandungsfrei ab. Mittig in die Approximalfläche des Zahnes 48 soll ein CBW-Anker gesetzt werden. Zunächst wurde die mesiale Fläche der Zahnkrone parallelisiert und eine Führungsrille lingual sowie vestibulär als Präparationsbegrenzung geschaffen. Okklusal wurde eine löffelförmige Auflage präpariert, die vertikale Überlastungen von dem CBW-Anker fernhalten soll (bei großer Spannweite der Brücke 44 bis 48). Anschließend wurde mit einer Diamantkugel (Durchmesser 0,5mm) der Zahnschmelz angekörrt. Damit ist eine Führung zur passgenauen Präparation des Ankerlagers mit dem mitgelieferten Präparationsmikrodiamanten möglich. Der Anker muss an der Approximalfläche des Zahnes absolut plan zu liegen kommen. Der Abstand zur okklusalen Randleiste sollte mindestens 1mm betragen. Aus ästhetischen Gründen ist ein leichter Versatz des Ankers nach oral zu empfehlen. Die vestibuläre Mindeststärke beträgt 1mm (bei Verblendungen 1,5mm). Nach apikal sollte der Abstand ebenso 1mm oder mehr betragen, um eine ausreichende Interdentalraumhygiene zu gewährleisten.

Der CBW-Anker wird mittels Rocatec oder Aluminiumoxidkorundsand 50 $\mu$  sandgestrahlt und mit dem Metallprimer II der

Firma GC silanisiert. Hierzu wird der Primer mit einem Pinsel oder Tip aufgetragen. Der Primer wird an der Luft getrocknet. Die silanierte Oberfläche sollte nicht mehr kontaminiert werden, und der Anker sollte binnen einer Stunde adhäsiv befestigt werden, da ansonsten die Silanschicht leidet. Die als Ankerlager vorbereitete Zahnfläche wird geprimer und gebondet. Als Befestigungszement eignet sich am besten der CBW spezial Adhäsivzement. Unter Kofferdamm wird sowohl der Anker als auch das Lager mit dem Adhäsivzement beschickt. Der CBW-Anker wird mit der Halterung in situ gebracht. Der Anker soll in Kronenlängsachse platziert werden, damit eine Einschubparallelität erreicht werden kann. Die Halterung steht hierbei senkrecht zur Zahnoberfläche. Die Adhäsivzementüberschüsse werden mit einem Kunststoffpellet entfernt, und der Restaurationsrand wird mit Airblock abgedeckt. Damit ist eine vollständige Durchhärtung des rein chemisch härtenden Adhäsivzementes gewährleistet. Der Anker wird für ca. 5Min. unter Druck gehalten. Weitere 5Min. werden abgewartet, der Airblock wird abgesprayed und der Kofferdamm entfernt. Überschüsse des Zementes werden mit Finierdiamanten entfernt. Eine provisorische Versorgung erübrigt sich in den meisten Fällen, ist jedoch möglich.

### **Abformung und Registrat**

Die Abformung kann mit jedem Material außer Hydrocolloide erfolgen (Polyäthergummi, A- oder C-Silikon). Im vorliegenden Falle wurde Permadyne verwandt. Die Unterschnitte des Ankers bedürfen keiner besonderen Ausblockung. Zentrikregistrat, ein Okklusogramm sowie Anwendung eines Gesichtsbogens erleichtern dem Techniker die Herstellung der Arbeit.

### **Modellherstellung**

Der Zahnkranz wird aus bruchsicherem Material (Shera-Polan der Fa. Shera) erstellt, um auf das zeitaufwendige Fixieren eines Ankeranaloges im Abdruck verzichten zu können (s.a. Abb. 4 und 5). Die Erstellung des Sägestumpfmodells erfolgt konventionell mittels Pindex-System der Fa. Coltene mit Magnet-Splitcast nach SAM. Der Sockel besteht hierbei aus Fließgips Klasse 4. Von einem Zweitabdruck wird ein ungesägtes Kontrollmodell aus den o.g. Materialien erstellt.

### **Modellmontage in den Artikulator**

Die Modellmontage des OK erfolgt mittels des Quick-Mounts und eines Übertragungsstandes sowie eines Axio-Split nach SAM in den SAM 3. Der UK wird in IKP mittels Zentrikregistrates zum OK fixiert und einartikuliert. Nach den Vorgaben des Okklusogramms wird die exakte Zuordnung des UK zum OK überprüft.

### **Wachsmodellation**

Für das CBW-Anker-System stehen dem Techniker Modellierhilfen in drei Größen (je nach Ankertyp) zur Verfügung. Die Modellierkappen bestehen aus rückstandsfrei verbrennendem Kunststoff. Im vorliegenden Patientenfall wurde ein Anker der Größe 1 verwendet. Die Modellierkappe wird auf dem Modellanker unter dem Mikroskop platziert und mit Unterziehwachs fixiert (s.a. Abb. 5). Die Wachsmodellation des Brückengerüsts erfolgt konventionell, die Grenzfläche wurde mit Isolit der Fa. Degussa isoliert. An Hand des Kontrollmodells wird die Passgenauigkeit der CBW-Brücke überprüft.

### **Einbetten, Guss und Ausbetten**

Die funktionstüchtige Restbrücke besteht aus einer edelmetallreduzierten Legierung

(R-Deva 4, Fa. Degussa), daher wird für das anzufügende Metallgerüst dieselbe Legierung verwendet.

Um die notwendige präzise Passung des CBW-Ankers nicht zu gefährden, ist eine Bläschenbildung bei der Einbettung zu vermeiden. Somit hat die Öffnung der Ankermatrix gegenüber dem restlichen Gerüst Priorität und kommt nach oben zu liegen. Nach erfolgtem Guss wird konventionell ausgebettet, abgestrahlt, aufgepasst und ausgearbeitet. Die exakte Passung der CBW-Brücke wird unter Zuhilfenahme des Mikroskops auf dem Meistermodell und dem Kontrollmodell überprüft.

#### Verbindung nach keramischen Brand

Da die metallkeramische Verblendung an den Zähnen 44 und 45 vollständig intakt

ist, könnten die beiden Gerüstteile mittels Ofenlötung nach keramischen Brand verbunden werden. Im vorliegenden Falle wurden die Hälften auf dem Meistermodell unter Zuhilfenahme des Haas-Lasers der Fa. Kulzer-Haereus zusammengeschweißt.

#### Anprobe und Fertigstellung

Eine Gerüstanprobe ist in jedem Falle empfehlenswert. Die CBW-Brücke soll sich spannungsfrei einfügen. Nach Überprüfung der Okklusion wird die Arbeit hochglanzpoliert.

#### Adhäsive Befestigung der Arbeit

Der CBW-Anker wird im Munde des Patienten unter Kofferdam mittels Airflow, besser Rocatec, abgestrahlt. Die Metallflächen der CBW-Brücke werden mittels Metallprimer II der Firma GC silanisiert.

## CROWNLESS BRIDGE WORKS



**Ein schonender  
und  
funktioneller  
Lückenschluss  
braucht kluge Köpfe  
+  
CBW®**



### CBW® in jeder Praxis

#### Wir bieten:

- CBW Seminare
- CBW Studienpaket
- digitaler CBW Kurs
  - praktische Hilfestellung

#### Information

- Tel: 0180-535 1525
  - Gratis Rufnummern:
  - Tel: 00800-530 20050
  - Fax: 00800-530 20055
  - Internet
- [www.cbwdental.com](http://www.cbwdental.com)

#### Indikationen für CBW® Brücken

Ein- bis zweispännige Brücken  
im gesamten Zahnbogen:  
bei gesunden Pfeilerzähnen  
bei restaurierten Pfeilerzähnen  
(nur Compositfüllung)  
Kombinationsbrücken mit einer  
Krone und einem Anker



Anker

Krone

Crownless Bridge Works GmbH  
47829 Krefeld

Der CBW-Anker und die zu verklebende blanke Metallfläche der Brücke werden mit dem Haftsilan Caulk Calibra der Firma DeTrey-Dentsply silanisiert. Die Befestigung der konventionellen Brückenkrone erfolgt adhäsiv oder wie in diesem Falle mit einem Glasionomerezement (Aqua meron). Eine dünne Bondschicht wird auf die Kontaktflächen aufgebracht, verblasen und polymerisiert. Der Adhäsivzement wird auf den Anker und die Restauration aufgetragen, die Restauration wird platziert. Die Zementüberschüsse werden mit einem Kunststoffpellet entfernt. Die Restaurationsränder werden mit Airblock abgedeckt, um eine vollständige Durchhärtung des Adhäsivzementes zu gewährleisten. Die Restauration wird 5 Min. unter Spannung gehalten, weitere 5 Min. werden zugewartet. Nach vollständiger Durchhärtung wird der Airblock abgesprayed und der Kofferdam entfernt. Eventuelle Zementüberschüsse können mit dem Finierdiamanten, Soflex-Scheiben, Poliergummis und Polierpaste ausgearbeitet werden. Eine Nachkontrolle der Restauration nach ca. 14 Tagen ist sinnvoll, um Zementierungsreste ausschließen zu können.

### Resümee

Mit dem CBW-System sind wenig kostenintensive Erweiterungen von Brückenrekonstruktionen möglich. Die Technik eignet sich in der täglichen Praxis, da sie sich bewährt hat und einfach anzueignen ist. Mit den neuen Verbundsystemen stellt die Klebefuge kein Problemareal mehr dar. Von zahntechnischer Seite sind bei der CBW-Technik keine besonderen Schwierigkeiten zu erwarten, somit kann jeder gut ausgebildete Zahntechniker sich die Kenntnisse in kürzerer Zeit aneignen.

## Buchbesprechungen

### Reinhard Münstermann

Zahnärztliche Behandlung und Begutachtung / Fehlervermeidung und Qualitätssicherung

2001 Georg Thieme Verlag  
127 Seiten, 108 Abbildungen,  
37 Diagramme 75,00 Euro,  
ISBN 3-13-127091-8

Dr. med. Dr. med. dent. Reinhard Münstermann arbeitet als niedergelassener Zahnarzt in Berlin. Seit über 15 Jahren ist er auch als Gutachter und Obergutachter für die gesetzlichen Krankenversicherungen tätig und verfügt über ein reichhaltiges Wissen und über eine große Erfahrung aus seiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit.

Mit der Zulassung zum Kassenzahnarzt erhält jede Kollegin und jeder Kollege von ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ein Handbuch mit den wichtigsten Gesetzesvorschriften, die von diesem Zeitpunkt an das zahnärztliche Handeln im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung bestimmen. Die Leistungen sollen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Der umfangreiche Ordner ist grau und schon sein Äußeres ist wenig geeignet, sich mit dem trockenen Inhalt vertraut machen zu wollen. Also wandert er in ein Regal und wird nur dann wieder herausgeholt, wenn es gilt, die Ergänzungslieferungen aus den Rundschreiben einzuordnen.

Doch da gibt es noch die lieben Kolleginnen und Kollegen, die gutachterlich tätig sind und vielleicht dem noch unerfahrenen Berufsanfänger besonders oft so manchen Heil- und Kostenplan mit den lapidaren Hinweisen auf nicht eingehaltene Richtlinien einfach ablehnen. Aber auch der Berufserfahrene stolpert

noch häufig über eine nicht durchgeführte Vorbehandlung oder fehlende medizinische Begründung auf dem Heil- und Kostenplan.

Dass man diese komplizierte Materie auch sehr anschaulich und vor allen Dingen lesbar vermitteln kann, zeigt das vorliegende Buch von Dr. Reinhard Münstermann. Mit diesem Buch hält man keine trockene Abhandlung über zahnärztliche Gutachten in den Händen, sondern einen Ratgeber mit vielen Tipps und Hinweisen zur Fehlervermeidung, und zwar schon bei der Planung und auch während der einzelnen Behandlungsphasen. Man erhält detaillierte Hinweise zu den Aufgaben und Anforderungen an ein Gutachten und die dafür benötigten Unterlagen, gegliedert nach den einzelnen Fachdisziplinen PAR, KFO, KCH und ZE. Damit erlangt das Buch auch eine Bedeutung für diejenigen Kollegen/innen, die sich für die gutachterliche Tätig-

keit bei ihrer KZV bewerben. Auf der Basis seiner vielen zahnärztlichen Gutachten hat Herr Münstermann umfangreiches Datenmaterial statistisch ausgewertet und macht aufmerksam auf die häufigsten Fehler und Gefahrenpunkte. Neben den Vorbegutachtungen nehmen natürlich auch die Mängelrügen einen großen Raum ein. Anschauliches Bildmaterial verdeutlicht die Fehlplanungen und auch Fehlbehandlungen, wobei auch Fehlleistungen aus dem zahntechnischen Bereich berücksichtigt werden. Insgesamt überzeugt das Buch auch durch seine Gliederung, die es dem Leser ermöglicht, die für ihn relevanten Kapitel isoliert nachzulesen. P. NACHTWEH

**Prof. Dr. Dr. Ralf E. Mutschelknauss:  
Lehrbuch der klinischen Parodontologie**

832 Seiten, 1240 Abbildungen, Quintessenz-Verlags-GmbH Berlin, 2000,  
240 Euro, ISBN 3-87 652414-8



**S+P**  
Schmid & Paula  
dentallabor

gemeinsam auf  
**Erfolgskurs**  
**Medizin & Technik**

Qualität und Leistung seit über **25 Jahren**  
erfolgreiche Dentaltherapie ...  
kombiniert mit Prothetik  
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Ihre Zahntechnikermeister B. Hoffmann – W. Lipinski  
Bruderwöhrstraße 10 — 93055 Regensburg —  
Telefon 0941/7915 21 — Telefax 0941/79 2511 —  
info@schmidundpaula.de — www.schmidundpaula.de —

Bei diesem Gesamtwerk der klinischen Parodontologie wird ein umfangreiches Bild von den Grundlagen der Epidemiologie, der Anatomie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese bis zur klinischen Diagnostik und Therapie gezeigt. Einflussfaktoren wie das okklusale Trauma, systemische Erkrankungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden besprochen. Die systematische und integrierte Parodontalbehandlung - SIP-Modell wird als Grundlage für die Einteilung und den konzeptionellen Aufbau des Buches dargestellt. Dabei ist das Leitmotiv die Integration der Parodontaltherapie in die Praxis.

Durch verschiedene Bilder eindrucksvoll veranschaulicht wird im klinischen Teil auf die einzelnen Behandlungssitzungen eingegangen. Von der Motivation des Patienten über die Notfallbehandlung zur initialen Diagnostik und klinischen Befunderhebung wird übergegangen zur Röntgendiagnostik und speziellen diagnostischen Tests wie z.B. dem DNS-Sondentest, der Aufschluss gibt über die spezifischen Parodontitis verursachenden Keime. Die instrumentelle Vorbehandlung, Endodontologie und Funktionsdiagnostik leitet über zur operativen Parodontalbehandlung. Die klinischen Bilder sind sehr hilfreich für die Umsetzung in die Praxis. Das Vorgehen bei der einfachen Kürettage wird genauso ausführlich beschrieben wie ein freies Bindegewebsstransplantat. Im letzten Teil werden weitere Therapiemöglichkeiten in Richtung Prothetik, Implantologie und Kieferorthopädie beschrieben. Nach der Erhaltungsphase ist ein regelmäßiges Recall zur Sicherung des Erfolges notwendig.

Für den Praktiker bietet dieses umfangreiche und klar gegliederte Lehrbuch eine sehr gute Grundlage zur systematischen Behandlung von Parodontalerkrankungen. Der Preis des Buches ist durch die gute Umsetzung und die vielen Fotos und Anleitungen gerechtfertigt.

G.-U. HILLERS, Hatten

#### **B. Wiethardt:**

**Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts**, Asgard-Verlag St. Augustin, 3. Lieferung Stand 01.01.2002  
Gesamtwerk: 606 Seiten, Preis 76 Euro  
ISBN 3-53751599-5

Zwar wird jeder Zahnarzt durch Kammer und KZV über ihn betreffende rechtliche

Neuerungen informiert. Jedoch dürfte es dem Praktiker, dessen Hauptbeschäftigung nach wie vor im Behandeln von Patienten bestehen sollte, schwer fallen, sämtliche Veränderungen mitzuvollziehen und alle Unterlagen ständig auf dem neuesten Stand zu halten. Das von Bernd Wiethardt, Verwaltungsdirektor beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, bearbeitete Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts schafft hier Abhilfe. Es bietet eine umfassende Zusammenstellung der für die zahnärztliche Arbeit relevanten Gesetze, Verordnungen, Verträge und Vereinbarungen bis hin zu den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen herausgegebenen Empfehlungen sowie den gemeinsamen Rundschreiben der KZBV und der Kassenspitzenverbände. Auch der berufspolitisch Engagierte findet wichtige Grundlagen, so z.B. die Geschäftsordnungen von Gremien der Selbstverwaltung oder die Richtlinien, die für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten. Ein umfangreicher Anhang mit Formularen (vom Heil- und Kostenplan bis zu Begutachtungsaufträgen) rundet das Werk ab, ein detailliertes Inhaltsverzeichnis macht es übersichtlich, und jährliche Ergänzungslieferungen der handlichen Lose-Blatt-Sammlung im DIN A5 Format gewährleisten die regelmäßige Aktualisierung. Vielleicht ist es kein Zufall, dass die neueste Lieferung ihrem Bezieher auf 100 auszutauschende Seiten gleich noch 25 zusätzliche beschert. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es nicht nur ständige Änderungen sondern auch eine stetige Vermehrung der für die zahnmedizinische Versorgung geltenden Bestimmungen gibt. Umso wichtiger sind Hilfsmittel wie das Praktiker-Handbuch.

I. BERGER-ORSAG

## Termine

- 4.9.2002, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch
- 11.9.2002, Dortmund: Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Westfalen-Lippe
- 2.-14.9.2002, Baden-Baden: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie zum Thema: „Entscheidungsfindung in der Parodontologie“ (Tel. 0941/942799-0)
- 14.9.2002, Halle: Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Sachsen-Anhalt
- 19.9.2002: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)
- 21.9.2002, Dresden: Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Sachsen
- 22.-26.9.2002, Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie mit Arbeitsgruppe zum Thema „Psychologische Forschung in der Zahnmedizin“ (Tel. 0221/81-13016)
- 24.9.2002, Hamburg: Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Hamburg
- 25.09.2002: bundesweiter Tag der Zahngesundheit unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – lass es dir zeigen“ mit bundesweiter Auftaktveranstaltung am gleichen Tag in Schwerin (Tel. 06151/894814, [www.zahn-hygiene-ev.de](http://www.zahn-hygiene-ev.de))
- 26.9.02, 19.30 Uhr, München/Gesundheitsladen, Auenstr. 31: Informationsabend des Gesundheitsladens zum Thema „Implantate – Luxus oder Notwendigkeit?“, Referent: Dr. Steffen Wander (Tel. 089/772565)
- 27.09.2002, 9.00 Uhr, Berlin: Treff einer DAZ-Arbeitsgruppe zum Thema Qualitätssicherung
- 28.9.2002, 10 Uhr, 10117 Berlin/Dietrich-Bonhoeffer-Haus: DAZ-Jahrestagung: 10 Uhr öffentliche Veranstaltung mit der Entwicklungspsychologin Prof. Dr. Almuth Künkel, Fachhochschule Düsseldorf, zum Thema: „Stress im Praxisalltag und wie man sich vor Überlastung schützen kann“; ab 14 Uhr DAZ-Jahreshauptversammlung
- 9.10.2002, Köln: Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Nordrhein
- 17.10.2.2002: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)
- 2./3.11.2002, Berlin/Zahnklinik Süd: Herbsttagung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) mit Podiumsdiskussion zu Patientenrechten und Fachvortrag zum Thema Digitales Röntgen von Priv.-Doz. Dr. Hirsch, Universität Leipzig (Tel. 0228/211296)
- 15.11.2002, 10.30 Uhr, Berlin: öffentliche Veranstaltung der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes zum Thema „Beständigkeit der Gesundheitspolitik“ mit Referat von Prof. Dr. E. Wille und Podiumsdiskussion
- 16./17.11.2002, 9.30 Uhr, Berlin: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes (Tel. 0221/973005-0)
- 21.11.2002: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**Nähere Informationen unter:**

**Tel 0221/973005-45**

**Fax 0221/7391239**

**Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de)**

## Der DAZ stellt sich vor

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

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die 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 informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift DAZ-forum mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus, aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden der E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de) abgefragt werden.

### Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbil-

dung 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 Zahnmedizinstudiums 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.

### **Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe**

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte 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:

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

### **Impressum**

Herausgeber:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, (DAZ),  
Belfortstr.9, 50668 Köln,

Tel : 0221 97300545, Fax : 0221 7391239

Mail : DAZ.Koeln@t-online.de

Internet: www.DAZ-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ),  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin,

Tel : 030 3023010, Fax : 030 3255610

Mail : pnachtweh@t-online.de

Internet: www.buz-berlin.de

Redaktion: Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst,  
Dr. Jörg Hendriks, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Hanns-  
W.Hey, Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Tamara  
Tauchelt, Priv.Doz.Dr.Stefan Zimmer,  
ViSdP: Dr.Ulrich Happ

Leitender Redakteur dieser Ausgabe:

Dr. Peter Nachtweh

Redaktionsadresse: Dr.Ulrich Happ, Kapellenstr. 2,  
22117 Hamburg, Tel: 040 244578, Fax: 040 243676

Redaktionsmail: daz.redaktion@happ.org

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

Auflage: 6100

Bezugsbedingungen: Das DAZ-forum ist im  
Abonnement erhältlich, Jahresabo 22 Euro.

Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im  
Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten  
einzelne Ausgaben des DAZ-forum auf Anfrage.

Anzeigenverwaltung, Mediadaten: Irmgard Berger-  
Orsag, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde,  
Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel : 0221 97300545, Fax :  
0221 7391239, Mail : DAZ.Koeln@t-online.de

Druck: Druckerei Diet, 87474 Buchenberg,  
E-Mail druckerei\_diet@t-online.de

## Berlins Unabhängige Zahnärzte - BUZ e.V.- stellen sich vor!

STEFAN GÜNTHER, Berlin

Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Landespolitik zu. Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsversammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein. Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahn- gesundheit (LAG).
5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

Die Gruppenprophylaxe ist Grundlage für eine effektive präventive Zahnheilkunde, die sich an sozialen Aspekten und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch jahrelange federführende Tätigkeit von Dr. Peter Nachtweh, als Vorsitzendem der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahnheilkunde (LAG), sind in Berlin Strukturen initiiert und gefestigt worden, die eine flächendeckende Betreuung in den Schulen und Kindergärten sicherstellen.

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistentin derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung wurde das Phillip-Pfaff-Institut ins Leben gerufen. Dieses Institut ist als erstes Fortbildungsinstitut in der Rechtsform einer GmbH gegründet worden. Gesellschafter sind die Zahnärztekammer von Berlin und die

Zahnärztekammer Brandenburg. Als eigenständige wirtschaftliche Einrichtung ist dieses Institut in der Lage, unabhängig von den Kammerhaushalten sein wissenschaftliches Programm zu organisieren und durchzuführen. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Institutsleitung bei der Erstellung und Durchführung der Fortbildungsprogramme.

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt.

Die Standespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

Die positive Umsetzung des Paradigmenwechsels in der Zahnheilkunde in Deutschland, Prävention statt Zahnersatz, ist nach Auffassung von BUZ nur ein erster Schritt auf dem Wege zu einer modernen Zahnheilkunde. Unser Ziel ist es, die Prävention zum übergeordneten Prinzip unseres beruflichen Handelns zu verwirklichen. Hierfür bedarf es in Berlin eines einflussreichen und starken Engagements.

Die Erarbeitung einer modernen und zeitgemäßen Berufsordnung ist eine große Verantwortung für uns – ebenso wie die Forderung und kreative Mitarbeit zu einer Veränderung der Approbationsord-

nung, um bereits in der studentischen Ausbildung den Grundstein für den Paradigmenwechsel in unserem Beruf legen zu können.

Als regionale Vereinigung ist es uns möglich, uns in regelmäßigen Zeitabständen zu unserem Stammtisch zu treffen. Jedes Quartal findet am jeweils ersten Mittwoch ein Zusammentreffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen statt. In engagierten Diskussionen werden die aktuellen Ereignisse beurteilt und über Perspektiven gesprochen.

Wesentliche Impulse entstehen hierbei für die Arbeit in den berufspolitischen Gremien. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussionen ist die Nachwuchsarbeit, die Voraussetzung für die Kontinuität unserer bisherigen Arbeit ist.

In dem Bewusstsein, für die Freiheit und Selbstbestimmtheit in der Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland Verantwortung zu tragen, arbeiten wir an Konzepten für eine ausgewogene und soziale Gesundheitspolitik im Einvernehmen mit Politik, gesetzlichen Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft.

**Redaktionsschluß forum 79:**

**19. Oktober 2002**

**Redaktionsleitung:**

**Dr. Jörg Hendriks**

[j.hendriks@arcormail.de](mailto:j.hendriks@arcormail.de)

Hagebuttenweg 2, 26603 Aurich

## Kontaktadressen

### Berlin-BUZ

Dr. Peter Nachtweh, Kaiserdamm 97,  
14057 Berlin, Tel. 030 302 30 10  
FAX 030 325 56 10,  
E-Mail peter.nachtweh@buz-berlin.de;  
Stefan Günther, Georg-Wilhelm-Str.3, 10711  
Berlin, Tel. 030-890 928 76,  
Fax 030-890 928 77,  
E-Mail stefan.guenther@buz-berlin.de;  
E-Mail helmut.dohmeier@buz-berlin.de

### Berlin-DAZ

Edeltraud Jakobczyk, Jenaer Straße 54,  
12627 Berlin, Tel. 030 9915003,  
Fax 03342 99284908,  
E-Mail jako.zahn@telemed.de;  
Dr. Annette Bellman,  
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

### Baden-Württemberg

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

### Sachsen

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

### Elbe - Weser

Dr. Till Ropers, Alter Marktplatz 2,  
21720 Steinkirchen,  
Tel. 04142 4277 Fax 04142 2059,  
E-Mail Dr.Ropers-Dzingel@t-online.de

### Freiburg

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

### Hamburg

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

### Nordrhein

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

### Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseestr.6,  
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341;  
Dr. Kai Müller,  
E-Mail Kai\_F\_Mueller@t-online.de  
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33,  
81371 München, Tel. 089 773716,  
Fax 089 74665749,  
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

### Oberpfalz

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25,  
93049 Regensburg, Tel. 0941 297290,  
Fax 0941 2972999,  
E-Mail info@ebenbeck.com

### Oldenburg

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

### Rheinessen

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. Bernd Kröplin, Leine Einkaufszentrum,  
37308 Heilbad Heiligenstadt,  
Tel./ Fax 03606 9518,  
E-Mail MKroepelin@aol.com

### Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,  
32657 Lemgo, Tel. 0526110166,  
Fax 05261 92901,  
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

### DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,  
50668 Köln, Tel. 0221 97300545, Fax  
7391239, E-Mail kontakt@daz-web.de

**Beitrittserklärung**

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12,- Euro  |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA                          | 96,- Euro  |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA                         | 192,- Euro |
| <input type="radio"/> ZÄ/ZA im Ruhezustand                     | 36,- Euro  |
- zutreffendes bitte ankreuzen

**Beitrittserklärung**

Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V. BUZ  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin  
Tel.: 030 302 30 10  
Fax: 030 325 56 10

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- |  |              |
|--|--------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | beitragsfrei |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA                          | 122,71 Euro  |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA                         | 148,07 Euro  |
- zutreffendes bitte ankreuzen

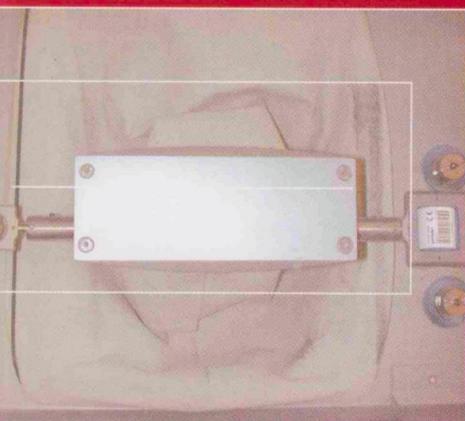


Berliner Zirkon FräsCentrum



# Wir fräsen für Sie Cercon®

Hochleistungsvollkeramik für modernen Zahnersatz



Einzelkronen

Brücken bis 38 mm

Golden-Gate Presskeramik

für Inlays und Veneers

Weitere Informationen erhalten Sie:

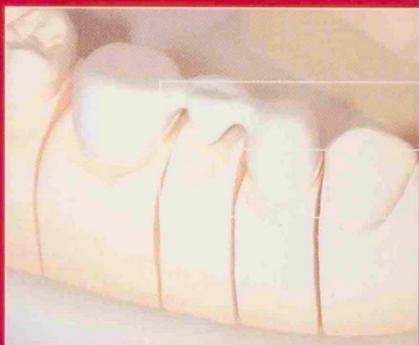
Naumannstr. 33 Haus 3  
10829 Berlin

Tel.: 030 - 78 89 26 74

Fax: 030 - 78 89 26 77

[www.BZFC.de](http://www.BZFC.de)

E-mail: [BZFCentrum@t-online.de](mailto:BZFCentrum@t-online.de)



# IP4

## Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) sind Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. elmex® gelée) als Sprechstundenbedarf zu verordnen.



**effektiv –  
ohne großen  
Zeitaufwand**

#### Zusammensetzung:

100 g elmex® gelée enthalten:  
Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olafleur  
3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt  
1,25 %), gereinigtes Wasser,  
Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose,  
Saccharin, Aromastoffe.

#### Anwendungsgebiete:

**Prophylaxe:** Zur Kariesprophylaxe.

**Therapie:** Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

**Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll elmex® gelée nicht angewendet werden.

**Nebenwirkungen:** In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

#### Packungsgrößen und Preise:

25 g Dentalgel € 5,75 (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel € 7,96 (verschreibungspflichtig);  
215 g Anstaltspackung € 21,24 (verschreibungspflichtig).

GABA GmbH – elmex® Forschung  
79515 Lörrach

Stand: Februar 2002



elmex® gelée zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen; zur lokalen Fluoridanreicherung des Zahnschmelzes und zur Remineralisation der Initialkaries.

Durch die zusätzliche Verordnung von elmex® gelée 38 g (verschreibungspflichtig) zur 1 x wöchentlichen Anwendung wird sichergestellt, dass die eingeleiteten Maßnahmen durch den Patienten zu Hause weitergeführt werden.

In der Praxis wird elmex® gelée mit dem Applikator oder mit der Miniplastschiene angewendet.

**G**  
**GABA GmbH**  
Spezialist für orale Prävention

elmex® Forschung  
e-mail: info@gaba-dent.de