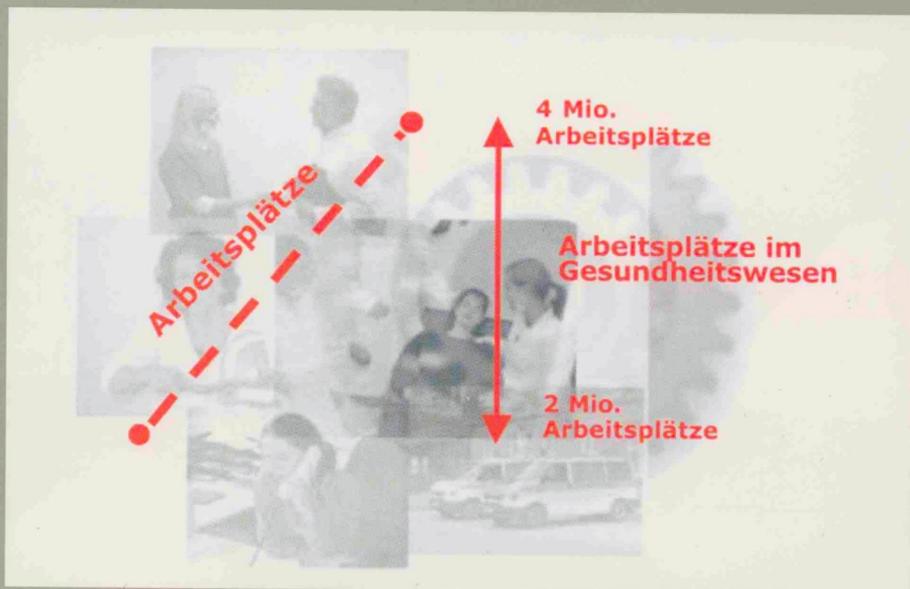


81 II/03

von Zahnärzten für Zahnärzte

DAZ
forum

22. Jahrgang 2. Quartal 2003 Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ



Expertenkonzepte

Der Herzpatient

DAZ-Qualitätssiegel

Prophylaxe in
der Praxis

Jobmaschine
Gesundheitswesen



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

13

#

01 DAZ 001

Dr.
Celina Schätze
Reichenhaller Str. 2-3
14199 Berlin



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



Dental-S T6-Schwebetisch-Version

*luftgesteuerte Behandlungseinheit
Made in Germany*



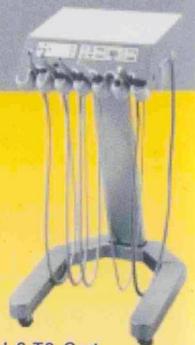
Behandlungsmöbel



Autoklav



Panorama-Röntgengerät
(Digital)



Dental-S T6-Cart
(wahlweise Luft- oder Elektromotoren)

Wir informieren Sie gerne:

MEYER Superdenta GmbH • Im Grohenstück 1 • 65396 Walluf
Tel.: 06123/9772-10 • Fax.: 06123/9772-22 • meyer.superdenta@t-online.de

Jobmaschine Gesundheitsweisen
Merkblätter für Kollegen und Patienten
zum Heraustrennen in der Heftmitte



Inhalt

Alles Zahnarzt –oder was? P. Nachtweh 3

Berufspolitik

Expertenkonzepte kontra Mutlosigkeit E. Riedel 5
 Außer Spesen nichts P. Nachtweh 8
 Privatisierung der Zahnmedizin DAZ-Pressemeldung 9
 Ich bin doch nicht blöd... U. Happ 11
 Mit gesunden Zähnen durch die Schulzeit DAZ-Pressemeldung 12
 Investieren in die Zukunft S.Dohnke-Hohrmann et al. 14
 Programm der DAZ-Jahrestagung 17

Praxisführung

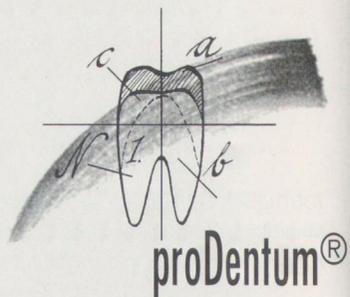
Projekt zur Qualitätssicherung E. Riedel 20
 Sparen und Lernen P. Nachtweh 26
 Jobmaschine Gesundheitswesen K.U. Schendel 29
 Prophylaxe in der Praxis A.M. Bouveret 38
 Bewährtes erhalten T. Hentzschel 47

Medizinische Herausforderungen

Der Herzpatient F. de Haan 49
 Osteopathie und Zahnmedizin E. Fiedler 53
 Parodontitis und Herz- Kreislauf Th. Wagner 54

Leserbrief, Verbandsnachrichten, div.

Audiatur et altera pars Ch. Bolsdorff 56
 Das Ziel im Blick behalten I. Berger-Orsag 60
 Buchbesprechungen 57
 Impressum 28
 Termine 58
 Kontaktadressen 64



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

Fax: 030 - 469 00 8 99
Internet: www.prodentum.de

Alles Zahnarzt – oder was?

Peter Nachtweh

Eine Demokratie erlaubt in der Regel, dass die Bürger mit ihrer Regierung kritisch umgehen. Wenn man die Medien betrachtet und die wiederholten Umfragen verfolgt, dann sind wir in der Bundesrepublik Deutschland an einem Punkt angelangt, wo noch kaum jemand den Politikern und der Politik vertrauen will. Diese Tendenz umfasst alle Bevölkerungskreise, gilt für die Aussagen aller politischen Parteien und macht bei den Zahnärzten nicht halt. Dabei unterstelle ich, dass unser Unmut und unsere Sorge sich in erster Linie um das Wohlergehen des Staates und seiner Bürger drehen und nicht darum, ob ich als Zahnarzt bei Veränderungen und Reformen besonders gut abschneide.

Wenn man sich also als normaler Bürger auf die Wirtschafts- und Sozialpolitik der Regierung konzentriert, dann muss man sich um die Zukunft Aller ernste Sorgen machen. Analysen, Schuldzuweisungen, Ratschläge und weitere Kommentierungen über die Ursachen kann ich mir an dieser Stelle ersparen. Das alles kann man tagtäglich bei namhaften Zeitungen nachlesen, zum Teil geschrieben von klugen und sachverständigen Köpfen. Bedenklich erscheint mir, dass die Politiker und Sachverständigen in den diversen Kommissionen ihre Vorschläge und manche ihrer Entscheidungen mit völligem Realitätsverlust treffen. Das deprimiert.

Was können wir Zahnärzte zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation unseres Landes beitragen?

Ganz allgemein müssen wir uns anrechnen lassen, dass die Zahnärzteschaft zu den wirtschaftlich besser gestellten Bevölkerungsschichten gehört und sicherlich einen höheren Beitrag zur Konsolidierung des Wirtschaftssystems leisten kann als sozial schwächer gestellte Bevölkerungsgruppen. Jeder Regierung scheint der Weg über simple Steuererhöhungen der einfachste Weg zu sein. Bei den Betroffenen hinterlässt er den faden Beigeschmack, dass der wirklich kranke Anteil des Systems unberührt bleibt und mit den zusätzlichen Geldern nur Defizite in anderen Sparten vorübergehend ausgeglichen werden. Eine zweckgebundene Steuerergänzung könnte eine größere Bereitwilligkeit zum Verzicht bewirken, wenn gleichzeitig fehlendes Vertrauen in die Politiker durch beispielhaftes Verhalten wiederhergestellt werden würde. Dazu zähle ich finanziellen Verzicht statt Diätenerhöhungen und mehr Verantwortungsbewusstsein bei der Verwendung der Steuermittel. Die jährlichen Berichte des Bundesrechnungshofes über Steuermittelverschwendung in Milliardenhöhe tragen leider in keiner Weise dazu bei.

Konkreteres und mehr Sachverstand kann die Zahnärzteschaft einbringen, wenn es um Vorschläge zu Veränderungen im Gesundheitswesen geht. Dabei behaupte ich zum wiederholten Male, dass angedachte Einsparungen im zahnmedizinischen Bereich nur den berühmten Tropfen auf den heißen Stein darstellen. Aber es ist realitätsfremd, auf einer Beibehaltung unseres derzeitigen Krankenkassensystems zu bestehen oder sie zu erhoffen.

Die Bevölkerung müsste entschieden darüber aufgeklärt werden, dass eine angemessene prozentuale Erhöhung ihres hälftigen Anteils der Krankenversicherungsbeiträge preiswerter ist, als jede zusätzliche private Versicherung oder Erhöhung der Selbstbeteiligung. Dazu schafft die Beitragserhöhung Arbeitsplätze. Ich verweise auf die Statistiken der Jobmaschine Gesundheitswesen. Nicht die Ausgabenseite, sondern die Einnahmensituation ist die Ursache des kränkelnden Gesundheitssystems. Diese Erkenntnis scheint inzwischen auch im Gesundheitsministerium angekommen zu sein.

Trotzdem wird man das Gefühl nicht los, dass man den Ärzten und Zahnärzten unter dem Deckmantel einer sicherlich notwendigen Reform noch gern einen kleinen Seitenhieb verabreichen möchte. „Entmachtung der KV'en- und KZV'en“ heißt das Stichwort. Die Selbstverwaltungskörperschaften sollen neuen Regelungen unterworfen und Einzelverträge der Krankenkassen mit Ärzten und Zahnärzten ermöglicht werden.

Von Einzelverträgen versprechen uns die Experten mehr Wettbewerb, geringere Kosten und bessere Behandlungsqualität. Allein mir fehlt der Glaube. DAZ und BUZ stellen als Aktion und nicht als Reaktion auf diese Ankündigung zum gleichen Zeitpunkt das Projekt „Qualitätssiegel für alle Zahnärzte“ vor.

Welche sinnvollen Forderungen scheinen sich in den oft chaotischen Auseinandersetzungen um die Reform durchzusetzen? Versicherungsfremde Leistungen sollen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert wer-

den. Allerdings müssen sie dann über Steuereinnahmen finanziert werden. Die Anzahl von 350 unterschiedlichen Krankenkassen soll auf ein vernünftiges Maß reduziert werden. Dem sollte niemand widersprechen. Aber das eingesparte Geld muss im System bleiben.

Und wie steht es um die absurde Idee, die gesamte Zahnheilkunde oder auch nur einzelne Teile aus dem GKV-System zu eliminieren? Sie ist vom Tisch. Und ich glaube, dass der überwiegende Teil der Zahnärzteschaft mit dieser Entscheidung zufrieden ist. Denn außer bei den Hardlinern des FVDZ, die zum größeren Teil schon heute ihre Patienten auch im GKV-Bereich wie Selbstzahler behandeln, habe ich bei anderen Gruppierungen keine Zustimmung finden können. Wie schon einmal geschehen, in diesem Jahr einen Prothetik-Bauch bescheren, der alle existierenden Honorarverteilungsmaßstäbe zum Platzen bringen dürfte.

Ob es, wie mit der Reform beabsichtigt, gelingt, in Zukunft mit gleichbleibenden oder sogar sinkenden Krankenkassenbeiträgen alles Nötige zu finanzieren, wer mag das noch glauben? Die weitere Entwicklung hängt nicht in erster Linie vom Gesundheitswesen ab. Viel entscheidender ist es, durch effektivere gesetzliche Regelungen den Arbeitsmarkt zu beleben und aus Millionen Arbeitslosen Einkommensbezieher und Beitragszahler zu machen.

Wir können ein Feld anbieten, in dem Wachstum Sinn macht und das einen großen Beitrag zum Abbau von Arbeitslosigkeit zu leisten in der Lage ist: die Jobmaschine Gesundheitswesen!

Expertenkonzepte contra politische Mutlosigkeit

Eberhard Riedel, München

Das Tübinger Forum am 11. und 12. April bot wieder einmal gesundheitspolitischen Meinungs austausch auf höchstem Niveau. Der zum nunmehr zehnten Mal abgehaltene Strategie-Workshop, eine Gemeinschaftsveranstaltung der KZVen Tübingen und Sachsen, wartete mit einer Liste von 23 Rednern aus allen Bereichen der Gesundheitspolitik auf. Hochrangige Vertreter der gesetzlichen wie privaten Krankenkassen, Professoren aus den Bereichen Volkswirtschaft, Finanzwissenschaften, Gesundheitsökonomie und öffentliches Recht, Vertreter der Industrie, Bundes- und Landesgesundheitspolitiker aller Parteien sowie Vertreter der Zahnärzteschaft präsentierten in Ulm eine bunte Palette teilweise erheblich divergierender Vorstellungen zur Lösung der aktuellen Probleme der Sozialversicherung. Die Strategie zur Überwindung des fehlenden Mutes zu grundlegenden Veränderungen durch die derzeit verantwortlichen Politiker wurde jedoch nicht gefunden.

Einigkeit in breiter Front herrschte darüber, dass das Gesundheitswesen sich in einer dramatischen Strukturkrise befindet, und Floskeln wie „Mehr Wettbewerb“ und „Mehr Eigenverantwortung der Bürger“ waren häufig zu vernehmen. Unwidersprochen blieb auch die Feststellung, die GKV habe kein Ausgaben-, sondern ein aus der veränderten Arbeitsmarktsituation resultierendes Einnahmen-Problem, weshalb Konzepte zur Umstrukturierung der Finanzierung der Gesundheitskosten breiten Raum einnahmen. Prof. Eberhard

Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und Moderator des Workshops, nannte den strukturellen Aspekt in der Problematik des Gesundheitswesens „beängstigend“.

Die radikalsten Vorschläge kamen von Prof. Hankel (Ökonom, Uni Frankfurt/Main) und Prof. Schachtschneider (Öffentliches Recht, Uni Erlangen/Nürnberg) und seien hier gleich vorweggenommen. Die Sozialversicherung bismarck'scher Ausprägung habe sich völlig überlebt, da es in Deutschland heute, anders als 1884, kaum noch echte Bedürftige gebe, die für ihre Gesundheit nicht eigene Vorsorge betreiben könnten. Der Bundesregierung gehe es mithin auch gar nicht um eine Gesundheitsreform, sondern lediglich um eine Senkung der Lohnnebenkosten. Eine Beibehaltung des jetzigen Systems würde einer Überprüfung durch die EU-Kommission ohnehin nicht standhalten.

Das deutsche System sei aber nicht nur nicht europafähig, sondern sogar unmoralisch, da es zum Missbrauch einlädt. Prof. Schachtschneider sah überdies im derzeitigen System mit der Einbindung des Arztes in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts einen Verstoß gegen mehrere Rechtsprinzipien. Beide Professoren forderten die Abschaffung des Krankenscheines, den Abschluss direkter Verträge zwischen Ärzten und Patienten „für echtes Geld“ und eine allgemeine Versicherungspflicht auf Kostenerstattungsbasis. Als Folge davon seien ein „Gesundheitswunder“ und ein „Beschäftigungswunder“ zu erwarten.

Ähnlich weitreichend waren die Vorstellungen des früheren langjährigen Vorsitzenden des Sachverständigenrates, Prof. Henke von der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin. Er meinte, die Rürup-Kommission hätte nicht nur nichts Neues hervorgebracht, sondern eher einen Rückschritt bewirkt. Henke sprach sich dezidiert für eine Privatisierung der Sozialversicherung nach dem Modell einer Kfz-Haftpflichtversicherung aus, bei der der Patient die Wahlmöglichkeit haben müsse, welche Gesundheitsrisiken er versichern lassen möchte. Für das gleichzeitige Bestehen einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung sah er keine Notwendigkeit. Das Gesundheitswesen müsse marktwirtschaftlichen Kriterien unterworfen und viel mehr als bisher als Wachstumsmarkt verstanden werden, wobei das "Politikversagen ungeheuer viel größer als das Marktversagen" sei.

In eine nicht unproblematische Richtung argumentierte Rechtsanwalt Dick von der Landesvereinigung Baden-Württembergischer Unternehmerverbände, der für den BDA das Wort ergriff. Er forderte, dass sich Risikopatienten einem Kontrollzwang zu unterwerfen hätten. Würden diese Kontrollen unterbleiben oder abgelehnt, müssten Risikopatienten höhere Beiträge entrichten. Das Solidarprinzip sah er nicht verletzt, vorausgesetzt, man erweitert die Bedeutung des Solidaritätsbegriffs nach der Auslegung der Evangelischen Kirche Deutschlands: danach bedeutet Solidarität auch, dass derjenige, der es sich leisten kann, Risiken selbst trägt.

Dieser Auslegung von Solidarität wollten sich die anwesenden Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen nicht anschließen. So argumentierte der VdAK-Vorstandsvor-

sitzende Rebscher, die GKV sei gar keine Versicherung im herkömmlichen Sinne wie die PKV, sondern eine Sozialversicherung. Als "hoch problematisch" bezeichnete er daher Überlegungen, Patienten Abwahlmöglichkeiten von Gesundheitsleistungen einzuräumen und damit eine Reduzierung der GKV-Beitragssätze zu erreichen. Auch Unfälle, wie von verschiedenen Ökonomen vorgeschlagen, könnten nicht aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden, da dadurch immense juristische Probleme entstehen würden. Die GKV würde zu einem "perversem System", wenn sich Besserverdienende aus der Solidarität ausklinken dürften.

Rebscher forderte wie auch andere GKV-Repräsentanten mehr Wettbewerb zwischen den Kassen. Auffallend war, dass zwar alle Kassen-Vertreter die Einsicht für grundlegende Reformen durchblicken ließen, sich aber dennoch überwiegend mit wirklich einschneidenden Änderungen nicht anfreunden wollten. So muteten ihre Beiträge tatsächlich an wie aus den "Reparaturwerkstätten des Krankenkassensozialismus" (Hankel). AOK-Vorstandsvorsitzender Dr. Ahrens forderte u.a. die Heranziehung von Miet- und Zinseinnahmen zur Verbesserung der Einnahmenseite des Systems und warnte vor einer Finanzierung durch Steuern. Von einem Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen wollte er nichts wissen, auch nicht von der völligen Abschaffung der Kollektivverträge mit den KZV'en. Lediglich in Teilbereichen sei mehr Wettbewerb anzustreben, so z.B. durch individuelle Vertragsmodelle, bei denen allerdings Gesundheitszentren bzw. Netzwerken der Vorzug gegenüber Einzelpraxen gegeben werden müsse.

Demgegenüber schlug der IKK-Vorstandsvorsitzende Stuppardt eine erhebliche Flexibilisierung der Vertragsgestaltung vor. Mit seiner Forderung, dass Einzelverträge nicht nur mit den jüngeren Ärzten abgeschlossen werden dürften, die älteren hingegen im Kollektivvertrag verblieben, berührte er nur kurz die Problematik eines fachlich und wirtschaftlich sinnvollen selektiven Kontrahierens. Gleichzeitig bewertete er die von der Bundesregierung geplante Schaffung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (DZQM) als einen Einstieg in einen Systemwechsel weg von der Selbstverwaltung hin zu vermehrten staatlichen Eingriffen.

Dass auch im Schweizer Gesundheitswesen die Bäume nicht in den Himmel wachsen, erläuterte der Vertreter des dortigen Bundesamtes für Sozialversicherung Kocher. Das dort bei der großen Gesundheitsreform ins Leben gerufene Kopfprämienmodell bedeutet zwar, ähnlich dem Rürup-Vorschlag, eine Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens und damit eine Loslösung von den Lohnnebenkosten, eine größere Gerechtigkeit ist aber auch dort nicht realisiert. Die Schweiz hat eine Versicherungspflicht für alle eingeführt, allerdings mit der Möglichkeit der individuellen Unter- und Weiterversicherung. Damit liegt die Kopfprämie zwischen 160 und 390 Franken im Monat, wobei jeder Schweizer im Schnitt ca. 330 Franken jährlich an Eigenleistung zusätzlich zu tragen hat. Hierin sind Zahnbehandlungen nicht eingeschlossen, wie ohnehin die gesamte Zahnheilkunde kein Versicherungsbestandteil ist. Schweizer Patienten haben ein Kassenwahlrecht, zwischen den Kassen herrscht ein "regulierter" Wettbewerb. Einzelverträge und besondere Versicherungsformen machen in der

Schweiz nur einen geringen Anteil aus. So liegt die Beteiligung an Managed Care-Modellen nur bei 8.4%.

Über ein Drittel aller Schweizer nehmen heute sogenannte Prämienverbilligungen in Anspruch, das sind unterschiedlich hohe Zuschüsse zur Kopfprämie, die von den Kantonen ausgezahlt werden. Dies bedeutet, dass das Kopfprämienmodell nur in Verbindung mit Solidarelementen, also staatlichen Ausgleichszahlungen, realisierbar ist. Hierbei fragt sich, worin dann noch der Vorteil liegt. Jedenfalls stößt das Kopfprämienmodell der Rürup-Kommission bei vielen deutschen Gesundheitsexperten auf Skepsis.

Am zweiten Tag des Workshops kamen mehrere Vertreter der Gesundheitspolitik zu Wort, wobei besonders die Vertreter der Regierungsparteien eine erschreckende Realitätsferne einerseits und mangelnden Mut zu einschneidenden Maßnahmen andererseits demonstrierten. Auch das überaus energische Auftreten des Leiters der Abteilung 2 im Bundesgesundheitsministerium Knieps konnte über die erhebliche Diskrepanz zwischen notwendigen und angekündigten Weichenstellungen nicht hinwegtäuschen. Mit seiner Äußerung, im deutschen Gesundheitswesen werde "ein Mercedes bezahlt, aber ein Golf geliefert", hatte er auf dem Workshop einen schweren Stand. Freunde machte er sich auch nicht mit der Behauptung, zahnärztliche Präventionserfolge seien erst auf Anregung der Krankenkassen möglich gewesen. Knieps sagte eine strikte Umsetzung der Maßnahmen der Agenda 2010 voraus, zu denen auch die Einführung des DZQM gehöre.

Der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit Kirschner (SPD) dämpf-

te alle Hoffnungen auf subanzielle Veränderungen mit der knappen Formulierung "Den großen Wurf wird es nicht geben". Ferner machte er noch einmal klar, dass es falsch sei, medizinische Leistungen auszugliedern. Ganz anders äußerte sich die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Widmann-Mauz. Sie sprach von einer dramatischen Lage im Gesundheitswesen, die man nicht, wie die Bundesregierung, durch reine Kostendämpfungspolitik bewältigen könne. Vielmehr müsse man klären, welche Maßnahmen in der GKV noch sinnvoll sind oder nicht. Leider war am Ende wegen Zeitmangels keine Gelegenheit mehr, den Politikern Fragen zu stellen.

Als Quintessenz dieser insgesamt äußerst gelungenen Veranstaltung blieb der Eindruck einer zunehmenden Kluft zwischen den Empfehlungen und Mahnungen der Experten und dem Willen oder Mut für wahrhaft grundlegende Reformen seitens der Politik. Uns Zahnärzten bleibt in dieser Situation kaum mehr zu tun, als uns unbeirrt auf die fachlichen Notwendigkeiten unseres Berufes zu konzentrieren. Qualitätsgesicherte Berufsausübung wird uns am ehesten helfen, uns im Reigen der Akteure im Gesundheitswesen als ernst zu nehmende Vertragspartner zu behaupten.

Der nächste Workshop dieser Art wurde für den 23./24.04.2004 angekündigt und wird in Dresden stattfinden.

Außer Spesen nichts gewesen

Peter Nachtweh, Berlin

Kräftig an der Nase herumgeführt wurden BUZ und DAZ vom Verband der Berliner Zahnärzte, als es darum ging, den freigewordenen Vorstandsposten für die Fort- und Weiterbildung zu besetzen.

Zwar wurden bei der Vorbereitung der konstituierenden Delegiertenversammlung zwischen den Vorständen der drei Verbände sehr konstruktive und kollegiale Gespräche geführt, aber alle Beteiligten hatten die Rechnung ohne den Wirt gemacht. Und der hieß in diesem Falle Dr. Christian Bolstorff, war der amtierende Kammerpräsident und wollte sein Amt weiter mit der Hilfe des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte fortsetzen. So spielte eine differenzierte und kritische standespolitische Auffassung des eigenen Verbandes zu der Politik der vergangenen

vier Jahre keine Rolle. Es galt das grosse Ehrenwort, und das besagte, dass die alte Koalition unverändert zur Vorstandswahl antreten wollte. Und ein einmal gegebenes Wort sollte man auch nicht brechen. So waren dann alle Bemühungen, diesem Vorstand eine kompetente Kollegin oder einen hoch qualifizierten Kollegen aus dem DAZ oder BUZ beizuordnen, mehr als vergeblich. Aber die in diesem Zusammenhang geführten Gespräche waren den Versuch wert gewesen.

Die konstituierende Kammerversammlung verlief dann auch fast harmonisch ab. Ging es doch nur noch darum, bei der Stimmabgabe herauszufinden, wie viele Abweichler aus den eigenen Reihen es wagen würden, gegen die Koalitionsab-sprachen zu votieren. Gegenkandidaten wurden nicht aufgestellt. So konnte sich der neue, alte Vorstand mit nur einer freiwilligen Veränderung (Fort- und Weiterbildung) noch weit vor Mitternacht zum obligatorischen Gruppenfoto versammeln.

Privatisierung der Zahnmedizin beseitigt nicht die Finanzprobleme der Krankenversicherung

DAZ-Pressemeldung: Köln, den 13. Februar 2003 - Schon wieder klaffen Milliardenlöcher im Etat der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). CDU-Politiker plädieren dafür, nicht nur Zahnersatz sondern die gesamte Zahnmedizin aus dem Kassen-Leistungskatalog zu streichen; Mitglieder der Rürup-Kommission äußern ähnliche Vorschläge. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer begrüßen im Namen der Zahnärzteschaft die Ausgrenzungspläne.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) bezweifelt, ob diese Position tatsächlich von der Mehrheit der deutschen Zahnärzte geteilt wird. Er fordert die an der Reform Beteiligten aus Politik, Kassen, Verbänden und Körperschaften auf, die Konsequenzen ihrer Vorschläge insbesondere für Versicherte, Patienten und Leistungserbringer zu erkennen und klar zu benennen.

Wer von heute auf morgen die gesamte Zahnheilkunde privatisiert, setzt damit die älteren gesetzlich Versicherten sowie die Versicherten mit bereits erkrankten Zähnen deutlich steigenden Kosten aus. Denn sie erhalten, wenn überhaupt, privaten Zahnversicherungsschutz nur gegen hohe Prämien. Wegen der höheren Morbidität unterer Sozialschichten belastet die Veränderung besonders die ärmeren Teile der Bevölkerung. Ein Teil der Zahnkranken wird sich nur einfachste Behandlungen und Versorgung leisten können. Manche

zahnerhaltende Maßnahme wird aus Kostengründen unterbleiben; unnötiger Zahnverlust mit oftmals negativen Auswirkungen für das restliche Gebiss und die soziale Situation des Betroffenen wird die Folge sein. Auch Kontrolluntersuchungen und präventive Maßnahmen, gerade mit viel Engagement etabliert, gehen möglicherweise zurück.

Wenn wiederum der Systemwechsel sozial abgefedert wird durch Senkung der Kassenbeiträge in Höhe des Zahnmedizin-Anteils, durch lange Übergangsfristen, durch private Zahntarife mit solidarischen Elementen und durch steuerfinanzierte Zuschüsse für einkommensschwache Patienten, dann kann von kurzfristigen Einsparungen, wie sie jetzt zur Stabilisierung der GKV angestrebt werden, nicht die Rede sein. Im übrigen würde die Herausnahme aller zahnmedizinischen Leistungen – ob mit oder ohne Übergangshilfen – die Finanzmisere der GKV ohnehin nicht dauerhaft beseitigen. Denn die zahnmedizinische Behandlung ist kein Kostentreiber; ihr Anteil an den GKV-Ausgaben sinkt seit Jahren. Überhaupt leidet nach Meinung führender Gesundheitsökonominnen das deutsche Gesundheitswesen nicht unter einer Kostenexplosion sondern unter der ausschließlichen Lohnbezogenheit der Einnahmen und dem Zurückbleiben der Lohnsumme hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Wenn der Gesetzgeber die Kosten der Zahnbehandlung in stärkerem Maße den Menschen selbst zumuten will, bie-

tet sich statt der Totalausgrenzung ein System von Festzuschüssen innerhalb der GKV an. Festzuschüsse erlauben die Finanzierung oder Teilfinanzierung grundlegender Leistungen zur Behandlung relevanter oraler Erkrankungen einschl. Zahnverlust. Diese Grundversorgung kann der medizinischen und der Finanz-Entwicklung angepasst werden. Wer darüber Hinausgehendes wünscht, zahlt privat zu.

Politiker und Verbandsvertreter sollten sich davon verabschieden, Sparmaßnahmen als mehr Freiheit, Selbstverantwortung, Präventionsförderung u.ä. zu verbrämen. Finanzielle Einbußen für die Patienten sollten ehrlich als solche

benannt werden. Und die gewählten Vertreter der Zahnärzteschaft sollten nicht länger die Illusion verbreiten, dass Privatisierung automatisch zu besseren Arbeitsbedingungen für die Zahnärzte führt.

Vor allem aber sollte es in einem trotz aller Krisen reichen Land wie Deutschland möglich sein, dass auch einkommensschwache Menschen eine zahnmedizinische Grundversorgung erhalten. Orale Gesundheit und ein funktionstüchtiges Gebiss – dies betont der DAZ, der sich seit seiner Gründung für Prophylaxe stark macht - ist kein kosmetischer Luxus, sondern elementarer Teil von Gesundheit und Lebensqualität.

Anmeldung zur DAZ-Jahreshauptversammlung

Programm siehe Seite 17

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

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

- Ich melde mich für die Veranstaltung am 27.09.2003 Berlin an
- Ich komme zur DAZ-Jahreshauptversammlung am 27.09.2003, 14:00 Unr
- Ich habe Interesse am Treffen am Freitagabend
- am Restaurantbesuch Samstagabend
- am Kabarettprogramm am Samstagabend
- am Kulturprogramm am Sonntag
- Ich bin niedergelassene/r Zahnarzt/-ärztin
- angestellte/r Zahnarzt/-ärztin
- Student
- Ich bitte um Zusendung von Infos über den DAZ

zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bin doch nicht blöd...

und falle auf einen Wolf herein, der mal wieder Kreide gefressen hat.

Dem Verbandspräsidenten der deutschen Zahntechniker, Lutz Wolf, ist wohl keine Argumentation zu dummdreist, um seine Geiseln zu ängstigen: „Deutsche Zahntechniker warnen vor einer möglichen Ansteckung mit der Lungenkrankheit SARS durch aus Asien importierten Zahnersatz“. Mussten – da es an der Qualität¹ nichts zu bemängeln gab – schon „Prothesen mit krebserregenden Werkstoffen“² – erhalten, um die Öffentlichkeit auf primitivste Art zu ängstigen und aus rein egoistischer Marktstrategie zu polemisieren. Wenn Herr Wolf aber so besorgt ist, warum warnt er dann nicht z.B. vor dem Toyota mit seinen atmungsaktiven Sitzbezügen – oder z.B. vor der neuen HiFi-Anlage mit dem Super-Subwoofer? SARS ist primär eine Lungenkrankheit, die sich mit der Atmungsluft ausbreitet. Seine Geiseln aber sind unsere Patienten, die mit verschiedensten Ängsten in unsere Praxen kommen. Wir müssen die Ängste kompensieren. Und es gibt wirkliche Probleme zu lösen. Zusätzlich aus der Luft gegriffene brauchen wir nicht. Die wirklichen Sorgen des Herrn Wolf bleiben selbst der Kommentatorin einer Boulevard-Zeitung³ (siehe Kasten) nicht verschlossen

Und, Herr Wolf, wir beraten die Patienten über die Auswahl des Zahnersatzes, der Patient entscheidet. Wir bemühen uns um sachliche und indikationsbezogene Kriterien, der Patient entscheidet vielleicht auch nach anderen, die

SARS per Zahnimplantat?

Fiese Panikmache

Der Präsident des Verbands Deutscher Zahntechniker-Innungen warnt: SARS könnte durch billig in Asien produzierten Zahnersatz direkt in die Mäuler deutscher Patienten gelangen. Seine Argumentation: Die Ersatzteile, die etwa 40 Prozent deutscher Wertarbeit kosten, werden per Luftfracht ins Land gebracht – schnell genug, um das fiese Virus überleben zu lassen. Doch das Einzige, was hier fies ist, ist die Panikmache: Bislang überlebte der Erreger nur im Labor auf Gegenständen. Gefährlich ist und bleibt der Kontakt mit Menschen, die an SARS leiden. Von denen gab es in Deutschland bisher acht. Was es hingegen in Massen gibt, sind Leute, die die Angst vor der Epidemie für ihre wirtschaftlichen Interessen



nutzen wollen. Deutsche Produkte zu kaufen ist gut – aber nicht aus dem Pseudo-Grund SARS. (Bericht Seite 46)

CHRISTINA JÄGER

(notgedrungen) inzwischen die Basis in vielen seiner Lebensbereiche geworden sind, denn:

...Geiz ist geil!

U.Happ, Hamburg

1) Siehe Untersuchung Prof.Kerschbaum, zm91 (01.10.2001)

2) Siehe DAZ-forum 80, Seite 40

3) Hamburger Morgenpost vom 9. Mai 2003

Mit gesunden Zähnen durch die Schulzeit!

DAZ fordert Verbesserungen bei der Behandlung von Kindern

Pressemeldung: Köln, den 07. April 2003 – Angesichts des diesjährigen Weltgesundheitstages, bei dem es besonders um die Gesundheit von Kindern geht, weist der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) auf Mängel bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern hin. Zwar hat sich die Mundgesundheit der Kinder in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten rasant verbessert. Aber nach wie vor gibt es Kinder, oft aus problematischen sozialen Verhältnissen, die bereits im Milchgebiss erkrankte Zähne aufweisen. Entgegen der landläufigen Meinung, hier müsse man nichts machen, weil die Milchzähne sowieso bald ausfielen, ist die Behandlung kariöser Zähne auch im Milchgebiss erforderlich. Wird sie unterlassen, hat dies oft schädliche Folgen, auch für die bleibenden Zähne.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass selbst dort, wo zahnmedizinische Vorbeugeprogramme (Gruppenprophylaxe) in Kindergärten und Schulen gut etabliert sind, ein Teil der Kinder mit kranken Zähnen nicht ausreichend behandelt wird. So waren z.B. bei einer Erhebung in Berlin in den Jahren 2001/2002 26,4% der untersuchten Vorschulkinder sanierungsbedürftig. In der Schulzeit steigt der Prozentsatz noch an. Der DAZ sieht hier Änderungsbedarf auf mehreren Ebenen:

Durch Öffentlichkeitsarbeit ist die Bevölkerung darüber aufzuklären, dass Kinder vom ersten Zahn an zahnärztlich untersucht und wenn nötig auch behandelt werden müssen.

Gesundheitserziehung gehört in die Lehrpläne von Schulen. Die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen ist flächendeckend auszubauen.

Informationen über kindgerechte Behandlungsangebote sollen Eltern und Multiplikatoren aus dem pädagogisch-sozialen Bereich nahegebracht werden. Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen sollen Listen von Praxen, die sich für die Sanierung von Kindern engagieren, zur Verfügung stellen.

Um Kinder aus schwierigen Verhältnissen besser zu erreichen, sollen öffentlicher Gesundheitsdienst, niedergelassene Zahnärzte, Kindergärten, Schulen, Jugend- und Sozialdienste zusammenwirken und aufsuchende Hilfsangebote organisieren.

Ziel dieser Aktivitäten ist es, zu gewährleisten, dass alle Kinder mit gesunden oder sanierten Zähnen in die Schule kommen und sie ebenso verlassen. Wenn Menschen mehr Verantwortung für ihre (orale) Gesundheit übernehmen sollen, müssen sie zuerst durch früh einsetzende Gesundheitserziehung, prophylaktische Betreuung und rechtzeitige Behandlung dazu in die Lage versetzt werden.

Prävention und Behandlung von Kindern sind eine lohnende Investition in die Zukunft.

Für Rückfragen: Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann, Tel. 030/8116781, Fax 8116180
Dr. Celina Schätze, stellv. DAZ-Vorsitzende, Tel. 030/8264232, Fax 81295231

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

Investieren in die Zukunft?

von Sylvia Dohnke-Hohmann, Almut Gerlach und Elke Kutschke

Was werden uns zukünftige politische Entwicklungen erwarten lassen? Stark eingeschränkte zahnmedizinische Leistungen als Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung? Eins ist sicher, so wie bisher wird es nicht weitergehen können. Seit mehr als einem Jahrzehnt wird in den verschiedensten gesundheitspolitischen Gremien von vermehrter Übernahme von Eigenverantwortung gesprochen und diese gefordert. Die Fordernden entstammen überwiegend sozial höherstehenden Gesellschaftsschichten, was Bildung und Finanzkraft anbelangt, und haben die Grenze zur Volljährigkeit überschritten. Es ist bekannt, dass Bildung und Einkommen positiv mit Gesundheit korrelieren. Für die genannten Kreise ist die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit als schützenswertes Gut relativ einfach.

Die Bevölkerung setzt sich jedoch zum großen Teil auch aus anderen Gesellschaftsschichten zusammen, denen der Zugang zu Gesundheitsinformationen und deren Umsetzung nicht so leicht fällt und die sowohl starker Unterstützung als auch wirksamer Anreize bedürfen, um Präventionsmaßnahmen sowie Gesundheitsaufklärung und -erziehung annehmen zu können. Das Augenmerk der Autorinnen, deren fachliche Erfahrungen aus der Tätigkeit in eigener Praxis, in der Kinderzahnheilkunde und im Öffentlichen Gesundheitsdienst resultieren, fällt in der jetzigen Situation

auf werdende und junge Eltern sowie auf alle Kinder und Jugendlichen. Wir meinen, dass Eigenverantwortung für die Zähne nur von demjenigen erwartet werden kann, dessen Gebiss beim Eintritt das Erwachsenenalter einwandfrei ist und der gelernt, geübt und erfahren hat, wie die Zähne auch in Zukunft geschützt werden können. Welcher DMFT-Wert bei dieser Forderung gerade eben noch als akzeptabel gelten kann oder ob das naturgesunde Gebiss angestrebt werden muss, ist sicher eher eine Frage des derzeit Erreichbaren.

Fest steht jedoch, dass unter dieser Prämisse viele Kräfte gebündelt werden müssen. Die Forderung ist keineswegs neu und wenn man sie aufstellt, muss man fürchten, als hoffnungslos gestrig zu gelten. Schließlich gibt es dieses Lamento schon seit Beginn des vorigen Jahrhunderts. Zu Beginn der 80er Jahre wurden nach dem Scheitern eines bundeseinheitlichen Jugendzahnpflegegesetzes im Jahre 1965 mit dem Sozialgesetzbuch, Teil V, §§ 20,21,22,23, begrüßenswerte Impulse gesetzt, deren Umsetzung in allen Bundesländern beachtliche, wenn auch unterschiedliche Fortschritte machte. Zwar sind auch mit diesen Gesetzen unterschiedliche Kräfte gebündelt, nämlich die der Krankenkassen, der Zahnärzteschaft und der Länder, also des zahnärztlichen Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Den Autorinnen greift dies jedoch zu kurz:

1. Sie fordern die Einbindung der Kin-

dergärten und Schulen als agierende und verantwortliche Partner. Gesundheitserziehung muss im Grundschulbereich Unterrichtsfach werden und im Lehrplan verankert sein.

2. Mit effizienter Primärprophylaxe muss begonnen werden, bevor der erste Zahn durchbricht. Es ist daher naheliegend, die Schwangerschaft als bekanntlich für Gesundheitsbelange höchst sensible Lebensphase zu nutzen. Ein zahnärztliches Gespräch im Rahmen der Schwangerenbetreuung ist vorzusehen. Sinnvollerweise wird diese Beratung in den Schwangerenpass aufgenommen und entsprechend testiert.

3. Eine Einschulungsuntersuchung mit vollständiger Sanierung vor Schulbeginn sollte Pflicht sein und in den Ländergesetzen verankert sein.

4. Vom 18.-24. Lebensmonat an bis zum Erreichen der Volljährigkeit sollen die Kinder mit ihren Eltern in regelmäßigen Intervallen einen Zahnarzt/eine Zahnärztin aufsuchen, wo sie kostenfrei individualprophylaktisch und ggf. therapeutisch versorgt werden.

5. Wegen des anerkannt höheren Zeitaufwandes bei der Kinderbehandlung sollte bis zum 6. Lebensjahr ein erhöhter Punktwert gelten¹. Versiegelungen sind vielfach notwendig. Nachversiegelungen sind sinnvoll.

6. Bei behinderten Kindern sind die genannten Maßnahmen oft nicht ausreichend. Eine Leistungsmöglichkeit von bis zu 6 Fluoridierungsmaßnahmen pro Kind und Jahr nach vorausgegangener professioneller Zahnreinigung ist un-

verzichtbar. Wo immer möglich, sollten behinderte Kinder im Rahmen der zugehenden Fürsorge betreut werden.

7. Die Gruppenprophylaxe muss weiter ausgebaut werden. Ausgehend von der Annahme, dass die jungen Menschen in Zukunft auf einen ähnlich umfangreichen Versicherungsschutz verzichten müssen, wie ihn vorangehende Generationen gewöhnt waren, muss die Prophylaxe speziell im Oberschulbereich erneut hervorgehoben werden. Die bisherige Praxis, die lediglich eine Konzentrierung auf Zielgruppen vorsieht, ist nicht ausreichend. In der komplizierten Entwicklungsphase der Pubertät (14-18jährige) sind verstärkte Motivation und gesundheitliche Aufklärung sinnvoll und zwingend erforderlich.

8. Bestehende länderspezifische Unterschiede im Rahmen der Gruppenprophylaxe müssen verstärkt ausgeglichen werden. Die Bedingungen für die Zahngesundheit müssen in allen Ländern angeglichen werden.

9. Konsequente kinder- und jugendzahnärztliche Programme müssen nach dem beigefügten Organisationsplan in den Praxen niedergelassener Zahnärzte mit zeitadäquater Honorierung angeboten werden.

10. Alle genannten Leistungen werden unter den Kriterien eines Qualitätsmanagements erbracht und von der Allgemeinheit, also über den Träger der Sozialhilfe, die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Versicherer finanziert.

11. Ein Bonus wird von den Kassen dann vergeben, wenn alle Maßnahmen

erbracht werden konnten. Als Bonus könnten wir uns eine Beitragsentlastung vorstellen.

Unser Blick fiel bei der Planung auf jene anderen europäischen Länder, die oft bezüglich ihrer besseren Prävention, ihres geringeren Kostenaufwandes, aber auch ihrer eingeschränkten Leistungspflicht gegenüber der erwachsenen Bevölkerung als Vorbilder zitiert werden. Als Beispiel seien die skandinavischen Staaten genannt. Dort ist in der Verfassung das Recht des Kindes verankert. Dieses Recht garantiert jedem Kind und jedem Jugendlichen eine vollständige ärztliche und zahnärztliche Versorgung in dem Umfang, wie es im Einzelfall erforderlich ist. Diese Betreuung erfolgt sowohl individuell als auch in Gruppen, was Teile der Prophylaxe angeht.

Es erfordert deutliches Bemühen aller Bereiche der Gesellschaft (Familie, Schule, Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Krankenkassen, Politik, etc.) Kinder und Jugendliche zu gewinnen, so dass sie für die Gesundheit, hier speziell die Zahngesundheit, die Mühen zu Vorbeugung und zur Therapie mit der notwendigen Konsequenz auf sich nehmen. Wenn es erfolgreich ist, führt dieses Bemühen zu jungen Menschen, die nicht nur für sich selbst verantwortungsvoll entscheiden, sondern auch ihre positiven Erfahrungen an zukünftige Generationen weitergeben werden.

1) Die zahnärztliche Sanierung der Milchzähne ist nachweislich nicht zufriedenstellend. Das derzeitige Bonus-System honoriert lediglich den Zahnarztbesuch und nicht die Sanierung. Der Bonus gilt nur für prothetische Leistungen. Sinnvoller wäre es, prophylaktische Bemühungen des Patienten positiv zu bewerten.

Organisationsplan zu „Investieren in die Zukunft“			
Zeitpunkt	Maßnahme	Inhalte	Nachweis
Schwangerschaft -letztes Drittel	Schwangerschaftsberatung durch Zahnarzt/Zahnärztin	-Ernährung -Zahnpflege -Fluoridierung -Trinkflasche -Ätiologie der Karies -Speicheltests (sollte durch geeignete Filme in der betreffenden Muttersprache ergänzt werden, z.B. WHO)	Testat mit Unterschrift von ZA und werdenden Eltern
18.-24.Lebensmonat	Besuch beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin	-Untersuchung -Kariesrisikoeinstufung -ggf. Behandlung (Sanierung)	Testat mit Unterschrift von ZA und Eltern
danach _ jährlich, bzw. bei erhöhtem Kariesrisiko _ jährlich	Besuch beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin	-Untersuchung - bei erhöhtem Kariesrisiko - Fluoridierung ggf. Behandlung (Sanierung)	Testat mit Unterschrift von ZA und Eltern
5-5 _ .Lebensjahr	Eltern-Kind-Beratung durch Zahnarzt/Zahnärztin	-6-Jahr-Molaren -Kfo -Fluoridierung -Versiegelung -Ernährungsberatung -Zahnpflege nach Anfärben von Belägen	Testat mit Unterschrift von ZA und Eltern
Einschulung	Besuch beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin	- Sanierung	Testat mit Unterschrift von ZA und Eltern 1. Bonus
2 x jährlich, bzw. in der Wechselgebissperiode 3 x jährlich	Besuch beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin	-Untersuchung -Beratung -Sanierung - alle erforderlichen Prophylaxemaßnahmen	Testat mit Unterschrift von ZA und Eltern bzw. Jugendlichenem
18 Jahre	Besuch beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin	-Abschlußuntersuchung - intakt und saniert!!	Testat durch ZA 2. Bonus

DAZ-Jahrestagung

27. September 2003 in Berlin

im Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte

Referat und Diskussion zum Thema

„Das stark reduzierte Restgebiss - aus der Sicht des Individuums und aus der Sicht der Gesellschaft“

mit Prof. Dr. Rainer Biffar,
Universität Greifswald

Trotz aller Erfolge der Prävention wird es nach neueren Prognosen auch in den nächsten 20 Jahren in Deutschland Menschen mit verringertem eigenem Zahnbestand geben. Für ihre orale Rehabilitation stehen von der Totalprothese bis zum zahn- und implantat-gestützten festsitzenden Ersatz diverse Alternativen zur Verfügung, bei denen die Kosten-Nutzen-Analyse höchst unterschiedlich ausfällt.

Der Referent unserer Jahrestagung, Prof. Rainer Biffar, Leiter der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde an der Uni Greifswald, befasst sich im Rahmen einer epidemiologischen Studie (die Teil eines Community Medicine Projektes ist) mit den Entscheidungsgrundlagen für prothetische Versorgungen. Biffar und seine Kollegen verfolgen einen mehrdimensionalen Ansatz, der u.a. Aspekte wie Patienten-Zufriedenheit und Wirtschaftlichkeit mit einschließt.

Angesichts der gesundheitspolitischen Entwicklung (derzeit wird von verschiedenen Politikern die vollständige oder teilweise Ausgrenzung der Zahnheilkunde aus der Gesetzlichen Krankenversiche-



Prof. Biffar

rung propagiert) sind Wissenschaftler und Vertreter der Zahnärzteschaft gefordert, gering invasive Therapieangebote zu beschreiben - und zwar wenig invasiv sowohl für den Patienten als auch für seinen Geldbeutel bzw. den der Krankenkassen. Potentielle Pfeilerzähne und die Erweiterbarkeit der gewählten Konstruktion müssen realistisch bewertet werden. Interessant dürften auch Ergebnisse zum Vergleich festsitzender versus herausnehmbarer bzw. kombinierter Ersatz, zur Rolle von Implantaten, zur Beschränkung auf eine verkürzte Zahnreihe mit Prämolarenokklusion sein.

Die DAZ-Tagung findet in der heißen Phase der Beratungen über die nächste Gesundheitsreform statt und wird reichlich Stoff für politische Diskussionen bieten. Zudem werden wir über die Projekte unseres Verbandes berichten. Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich eingeladen zum öffentlichen Teil unserer Jahreshauptversammlung 2003 am Nachmittag nach der Fach-Fortbildung. Es grüßt Sie: **Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender**

Gesamt-Programm

Freitag, 26.09.2003

ab 20:00 Uhr Get Together in der Braserie „McBride's Heckmann-Höfe“, Oranienburger Str. 32, 10117 Berlin-Mitte, Tel. 030/28386461

Samstag, 27.09.2003

10:00 Uhr Eröffnung der Jahrestagung durch den DAZ-Vorsitzenden; Referat von Prof. Dr. Rainer BIFFAR, Universität Greifswald: „Das stark reduzierte Restgebiss - aus der Sicht des Individuums und aus der Sicht der Gesellschaft“; anschließend Diskussion

13:00 Uhr Mittagspause

14:00 Uhr DAZ-Jahreshauptversammlung (siehe rechts)

ab 20:00 Uhr Gemütliches Beisammensein im Restaurant „Leopold's“ im Kontorhaus, Friedrichstr.181, 10117 Berlin, Tel. 030/20450559

Um 21:00 Uhr können Kabarett-Liebhaber eine Aufführung des Kabarets „Kneifzange“ besuchen im Russischen Haus, Friedrichstr. 176-179, 10117 Berlin, Tel. 030/47997480 (gemeinsame Kartenvorbestellung möglich)

Sonntag, 28.09.2003

Bei Interesse Ausstellungsbesuch/Stadtrundgang; parallel Treffen der DAZ-Forum-Redaktionsgruppe; Ausklang der Tagung beim Mittagsimbiss

Tagesordnung der DAZ-Jahreshauptversammlung, 27.09.2003, 14:00 Uhr

Öffentlicher Teil

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Wahl eines Diskussionsleiters, eines Wahlleiters und stellvertretenden Wahlleiters und Festlegung der Tagesordnung
- 2) Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des DAZ-Vorstandes mit Informationen zur berufspolitischen 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, Qualitätsmanagement-Projekt, Studiengruppen, Referate) und Diskussion
- 5) Planung der nächsten Aktivitäten, u.a. Jahrestagung 2004

Interner Teil

- 6) a) Bericht des Kassierers, der Kassenprüfer; Diskussion
b) Entlastung des Vorstandes
c) Wahl der Kassenprüfer für 2004
- 7) Wahlen zum DAZ-Vorstand
- 8) DAZ-interne Anträge

- 9) a) Bestätigung der Beitragsordnung
 - b) Verabschiedung des Haushaltsplanes
 - c) Behandlung DAZ-interner Anträge
- 10) Verschiedenes

Diverse Infos

Tagungsort

Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte, Tel. 030/28467-0, Fax 030/28467-145, hotel-dbh@t-online.de, www.hotel-dbh.de

Übernachtungs-Möglichkeiten

Im September ist in Berlin großer Andrang - frühzeitig buchen!

- Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte, Tel. 030/28467-0, Fax 030/28467-145, für DAZ sind Zimmer reserviert, nur noch Doppelzimmer vorhanden!

- Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Str. 5b, 10115 Berlin, Tel. 030/28486-0, Fax 030/28486-10, www.Kath.de/Akademie, für DAZ sind Zimmer reserviert

- Hotel Albrechtshof, Albrechtstr. 8, 10117 Berlin, Tel. 030/30886-0, Fax 030/30886-100, günstige Zimmerbuchung über DAZ/NAV-Virchow-Bund möglich

- Tourist-Info, Tel. 030/250025, www.berlin.de



Anreise mit öffentl. Verkehrsmitteln

- ab Flughafen Tegel mit Bus 128 bis Kurt-Schumacher-Platz, umsteigen in U-Bahn U6 bis Oranienburger Tor
- ab Flughafen Tempelhof mit U6 bis Oranienburger Tor
- ab Bahnhof Zoo/Ostbahnhof mit S-Bahn bis Bahnhof Friedrichstraße, umsteigen in U-Bahn U6 bis Oranienburger Tor oder kurzer Fußweg

Tagungsgebühren: KEINE !

Anmeldung und Infos bei der Geschäftsstelle: DAZ, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Telefon 0221/97300545
 Fax 0221/7391239
 Mail DAZ.Koeln@t-online.de
 Internet www.DAZ-web.de

DAZ und BUZ etablieren Projekt zur Qualitätssicherung

Eberhard Riedel, München

Ein Projekt zur angewandten Qualitätssicherung wurde von einer aus DAZ- und BUZ-Mitgliedern zusammengesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet und kürzlich allen Angehörigen beider Verbände vorgestellt. Als Ergebnis der seit vielen Jahren bekannten gesundheitspolitischen Forderungen von DAZ und BUZ, aber auch angesichts der sich in der Gesundheitspolitik andeutenden grundlegenden Veränderungen, sollen mit diesem Projekt rechtzeitig die richtigen Weichen gestellt werden, um die Existenz vieler in freier Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen zu sichern. Bis jetzt haben sich fast 100 Praxisinhaber zur Teilnahme am Projekt gemeldet.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen erschien eine konzeptionelle Reaktion auf zahnärztlicher Seite dringend erforderlich. Unser Gesundheitswesen zeigt besorgniserregende Anzeichen der Überforderung:

- eine zunehmende Diskrepanz zwischen dem Umfang beanspruchter Gesundheitsleistungen und deren Bezahlbarkeit, vom medizinischen Fortschritt gar nicht zu reden, sowie
- einen fortschreitenden Missbrauch der vorhandenen begrenzten Ressourcen durch alle beteiligten Gruppen im Gesundheitswesen, ohne dass unsere eigene Selbstverwaltung verantwortlich gesteuert.

In Anbetracht dieses Zustandes sind im zahnärztlichen Sektor der Fortbestand der zahnärztlichen Selbstverwaltung und der Verbleib des zahnmedizinischen Sicherstellungsauftrages bei den KZVen akut gefährdet. An deren Stelle sind nunmehr zu befürchten:

- vermehrte staatliche Eingriffe in alle Bereiche unserer Tätigkeit,
- der Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen und
- die Einführung von Gesundheitszentren und Einkaufsmodellen im GKV- wie Privatbereich mit dem Ziel besserer Effizienz der Aufwendungen für das Gesundheitswesen.

Der DAZ hat sich seit seiner Gründung gleichermaßen für die Belange des Zahnarztes in freier Praxis wie auch für eine qualitativ bessere Versorgung der Bevölkerung eingesetzt. Neben den Dingen, die erreicht werden konnten (wie z.B. die breite professionelle Akzeptanz von Prophylaxe und Qualitätssicherung), rückten einige wesentliche Ziele als Folge einer konträr laufenden, verfehlten zahnärztlichen Standespolitik in scheinbar weite Ferne. So greifen heute in vielen Zahnarztpraxen höchst bedenkliche Entwicklungen der Loslösung von den gesetzlichen und fachlichen Vorgaben und ein Wildwuchs rein gewinnorientierter Marketingstrategien Raum. Sie lösen zunehmend die Verpflichtung zur sinnvoll ausreichenden Behandlungsweise ab. Im Sinne einer glaubwürdigen

Öffentlichkeitswirkung unseres Berufsstandes und eines ernst genommenen Verbraucherschutzes kann uns dieser Zustand keinesfalls recht sein.

Auf der anderen Seite haben wir als diejenigen, die auch unter schwierigen, durch die Politik gesetzten Bedingungen die ethischen Grundsätze und Regeln unseres Faches nicht einfach über Bord werfen können und wollen, aber gleichzeitig unsere Praxen wirtschaftlich erfolgreich und auf modernem Stand betreiben wollen, ein selbstverständliches Anliegen, uns mit unseren Leistungen als Gruppe am Markt zu positionieren.

Genau bei dieser Problematik derartig widerstreitender Interessen hat die Arbeitsgruppe angesetzt, um, ausgehend von den bekannten politischen Grundsätzen des DAZ, allen niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten eine wichtige Hilfestellung bei der Bewältigung der anstehenden Veränderungen anbieten zu können. Hierdurch soll ein Ausweg aus den Sachzwängen durch Gebührenordnungen und Budgetierungen bei gleichzeitigem Erhalt von Professionalität und möglichst guter wirtschaftlicher Effizienz gefunden werden. Innerhalb der Arbeitsgruppe war man sich einig, dass eine Lösung dieses Dilemmas und damit ein sicheres und erfolgreiches Bestehen unserer Praxen nur durch die Einbeziehung eines überzeugenden Qualitätskonzeptes gewährleistet werden kann. Das entwickelte Konzept dürfte deshalb auch außerhalb von DAZ und BUZ auf breite Akzeptanz stoßen, weil es einerseits den Bedürfnissen der meisten Kolleginnen und Kollegen entspricht und weil es andererseits den berechtigten Interessen der Patienten entgegenkommt.

Das Konzept wurde so entwickelt, dass es einerseits eine glaubwürdige und auch für den Laien nachvollziehbare Qualitätssicherung ermöglicht, aber andererseits auch dem einzelnen Praxisinhaber die Umsetzung in den Praxisalltag leicht macht. Hierbei haben die umzusetzenden Qualitätsmerkmale den Charakter eines Services für jede Praxis wie auch für die Patienten - ohne den Makel einer Fremdeinflussnahme. Der Praxisinhaber bleibt in seiner Arbeitsweise und der Wahl seiner Therapie im Rahmen der Regeln der Kunst völlig frei.

Das Konzept im Überblick

Das Qualitätskonzept von DAZ und BUZ ruht im Prinzip auf zwei Pfeilern. Zum einen beinhaltet es einen Katalog zahnärztlicher Selbstverpflichtungen, die den Patienten mit seinen wohlverstandenen Interessen in den Mittelpunkt unseres Bemühens rücken. An diese Selbstverpflichtungen (siehe weiter unten) bindet sich jeder teilnehmende Behandler freiwillig. Zu den Verpflichtungen gehören beispielsweise der Verzicht auf rein gewinnorientierte Marketingstrategien genauso wie die Möglichkeit zur Vereinbarung verlängerter Gewährleistungsfristen und die geregelte Wahrnehmung geeigneter Fortbildungsveranstaltungen.

Da aber keine glaubwürdige Qualitätssicherung ohne Kontrolle auskommt, wurde als zweiter Pfeiler ein System erarbeitet, bei dem die Patienten durch die Teilnahme an einer ständigen Fragebogenaktion die Praxis und die Arbeit ihres Behandlers bewerten. Diese Bewertungen werden laufend zentral gesammelt, praxis-/behandlerbezogen

ausgewertet und in zusammengefasster Form an die Praxis zurückgegeben sowie ggf. zur Beratung des einzelnen Kollegen herangezogen. Der Fragebogen ist ferner so abgefasst, dass er eine Auswertung nach wissenschaftlichen Kriterien quasi als Langzeitstudie erlaubt. Hierdurch wird die Einordnung jeder Praxis im Gesamtrahmen möglich und eine Qualitätsentwicklung auch langfristig erkennbar.

Eine Telefon-Hotline für Patientenfragen aller Art und ein Bewertungsgremium der Ergebnisqualität, das von Patienten in Anspruch genommen werden kann, runden den Service ab. Damit soll jeder Patient die Möglichkeit erhalten, auftretende Probleme der Versorgung direkt mit Vertrauensleuten innerhalb des Qualitätsprojektes zu klären, ohne die Krankenkassen bzw. die KZV- oder Privatgutachter in Anspruch nehmen zu müssen. Auch als Hilfsmittel bei einer möglichen juristischen Auseinandersetzung kann dieser Service dienen.

Das Qualitätsprojekt zielt also, anders als die meisten anderen Bemühungen um Qualitätssicherung, auch und besonders auf die Ergebnisqualität ab. Auf direkte Vorgaben bezüglich der Struktur- und Prozessqualität wird verzichtet, es sei denn, dass im Einzelfall Probleme in diesen Bereichen gehäuft in Fragebögen bemängelt werden.

Jede interessierte Praxis erhält nach der Erklärung zur Teilnahme an diesem Qualitätskonzept ein Qualitätssiegel, welches auf dem Praxisschild angebracht werden kann und ein Jahr lang Gültigkeit hat. Es wird nach dem ersten Jahr der erfolgreichen Teilnahme versandt und

automatisch verlängert, sofern nicht die Auswertung von Fragebögen gehäufte Verdachtsmomente auf Ergebnis- oder Praxisdefizite zulässt, eine Beratung des Zahnarztes erfolglos blieb und ein unabhängiges Gremium die Aberkennung des Siegels beschlossen hat. Weitere Sanktionsmaßnahmen als den Ausschluss aus dem Qualitätsprojekt wird es nicht geben. Jede Kollegin/jeder Kollege zahlt einen jährlichen Verwaltungs-kostenbeitrag, für den der Praxis alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt und mit dem auch die Arbeiten wie Organisation, Auswertung und Patientenbetreuung bezahlt werden. Dieser Jahresbeitrag wird am Anfang zwischen 150,- und 300,- Euro liegen, kann aber entsprechend der Akzeptanz des Konzeptes Änderungen unterworfen sein. Das Projekt ist nicht nur auf DAZ/BUZ-Mitglieder beschränkt, sondern steht offen für jede(n) niedergelassene(n) Kollegin/Kollegen.

Was bezwecken wir mit diesem Konzept?

Welchen Sinn macht es, sich einem solchen Konzept anzuschließen und ohne direkten Honorarausgleich eine Vorleistung im obigen Sinne zu erbringen?

Es bedarf einer Neuorientierung vor dem Hintergrund sich verändernder Parameter im Gesundheitswesen. Um die begrenzten Mittel im System effektiver als bisher zu verwenden, wird die Gesundheitspolitik um eine Steuerung des Leistungsangebotes nicht herumkommen. Dieses wird einerseits die Qualitätsanforderungen an jede Praxis erhöhen und andererseits eine Selektion der geeignet erscheinenden Leis-

tungserbringer (Behandler) erforderlich machen. DAZ und BUZ wollen erreichen, dass Kolleginnen und Kollegen für diese Entwicklung so gut wie möglich gewappnet sind.

Dabei halten wir das hier vorgestellte Konzept keineswegs für so umfassend, dass es den noch unvorhersehbaren Entwicklungen unverändert Rechnung tragen kann. Diesem Anspruch kann kein Qualitätssicherungskonzept gerecht werden. Vielmehr ist beabsichtigt, den Teilnehmern am Konzept eine Möglichkeit zu geben, sich in ihrer Arbeit noch mehr als bisher an den Bedürfnissen ihrer Patienten auszurichten, wobei das Maß der Steigerungsfähigkeit in der einen Praxis sehr gering, in einer anderen aber ganz erheblich ausfallen könnte. Die Anregungen, die uns unsere eigenen Patienten geben, werden zwangsläufig einen Einfluss auf die Ergebnisqualität unserer Arbeit haben, was wiederum, nicht nur durch die Anbringung des Qualitätssiegels, die Praxis für neue Patienten attraktiver macht. Die Teilnahme am Konzept kann also von vielfältigem Nutzen für jede Praxis sein, was die jährliche Investition, die kaum anders als für eine einzige Fortbildung ist, sicher rechtfertigt.

Nun wird nicht jede Praxis einen echten Bedarf an einem Qualitätskonzept im obigen Sinne haben. Insbesondere Landpraxen ohne die scharfe Konkurrenz wie in Ballungsgebieten, ohnehin ausgelastete Praxen oder Alterspraxen mögen keine besonderen Anreize für eine qualitätsgesteuerte Patientenbindung benötigen. Aber auch für diese Praxen, die ja nur die Ausnahme darstellen, ist unser Qualitätskonzept interessant, da

es über den qualitätssteigernden und akzeptanzverbessernden Effekt für jede einzelne Praxis hinaus ein zweites Ziel verfolgt. Ein gewünschter Nebeneffekt ist nämlich die herausragende qualitätsorientierte Positionierung der teilnehmenden BehandlerInnen im sich neu strukturierenden Gesundheitswesen.

Hierbei sind wir davon überzeugt, dass sich das Anbieten vorhandener qualitätsorientierter und patientenkontrollierter Behandlungskonzepte einer möglichst großen Gruppe wirtschaftlich als ausgesprochen vorteilhaft erweisen wird. Auch wenn heute die näheren Umstände einer veränderten Mittelverteilung noch kaum absehbar sind, macht es in jedem Falle Sinn, sich als Gruppe rechtzeitig einen berechtigten Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.

Somit wird einer Entwicklung der Weg geebnet, in der ein höheres Maß an Zufriedenheit bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen gleichermaßen erreicht werden kann: Allen voran die Patienten, die sich, nicht zuletzt durch die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung, im Mittelpunkt einer fürsorglichen Gemeinschaft aufgehoben fühlen können. Ferner die Krankenkassen und Versicherungen, denen sich eine Gruppe qualitätsorientierter und -kontrollierter Zahnärztinnen und Zahnärzte als verlässlicher Partner präsentiert. Und nicht zuletzt sind es wir Zahnheilkundler selbst, die bereit sind, das, was wir an qualifizierten Fertigkeiten mitbringen, noch weiter zu verbessern, dieses auch herauszustellen und damit langfristig das eigene Auskommen zu sichern.

Jede interessierte Zahnärztin/ jeder in-

teressierte Zahnarzt ist eingeladen, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Die Teilnahme ist selbstverständlich nicht auf die Mitglieder von DAZ und BUZ beschränkt. Nähere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle des DAZ (Adresse s. Seite 64 unten)

DAZ Selbstverpflichtung

Präambel

Die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung orientiert sich immer mehr an wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen, der Zahnärzte und der öffentlichen Haushalte statt an der tatsächlichen medizinischen Behandlungsnotwendigkeit. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) beobachtet dieses mit großer Sorge. Es wäre Aufgabe der zahnärztlichen Körperschaften, ergebnisorientierte Mindestvorgaben für eine patienten- und indikationsgerechte Therapie vorzugeben und durchzusetzen. Unsere Körperschaften erfüllen diese Aufgabe aber nur unvollkommen und verzichten damit auf eigenverantwortlich gestaltete Handlungsspielräume, die immer mehr von anderen Interessenten besetzt werden.

Um das Vertrauen in das zahnmedizinische Versorgungssystem zum Nutzen Aller wiederherzustellen, müssen verlässliche Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Behandlung sichergestellt, die notwendige Leistungstransparenz für die Kostenträger geschaffen und eine vernünftige Ergebnisqualität für den Patienten erreicht werden. Hierzu muss jede Seite Ihren Beitrag leisten.

Der DAZ schlägt vor, dass die Zahnärzte sich zu den folgenden Grundsätzen verpflichten:

§ 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 es 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.

§ 4 Zweitmeinung

Die Motivation des Patienten zur Einholung einer Zweitmeinung vor Beginn einer umfangreicheren Behandlung wird gefördert.

§ 5 Kostentransparenz und Kostensicherheit

Jeder Patient wird vor Beginn einer umfangreichen Behandlung über das Gesamtvolumen sowie die für ihn entstehenden Kosten so genau wie möglich informiert. Dieses gilt auf Wunsch des Patienten auch für kleinere Behandlungen sowie für Tageskostenaufstellungen. Kostenüberschreitungen von mehr als 10 % gegenüber der veranschlagten Höhe sind vom Patienten nur in begründeten Ausnahmefällen zu erstatten.

§ 6 Verlängerte Gewährleistungsfristen

Über den Rahmen der gesetzlichen Gewährleistung hinaus wird bereits die Behandlungsplanung auf eine möglichst lange Haltbarkeit abgestellt. Dabei werden folgende Mindestzeiträume angestrebt:

- Plastische Füllungen (Amalgam, Kunststoff): 4 Jahre
- Laborgefertigte Einlagefüllungen
 - Gold: 6 Jahre
 - Kunststoff, Keramik: 4 Jahre
- Festsitzender Zahnersatz (Kronen, Brücken): 5 Jahre
- Kombiniertes Zahnersatz (Geschiebe-, Steg- oder Konusarbeiten): 5 Jahre auf die Gesamttragezeit des Ersatzes
- Herausnehmbarer Zahnersatz (Modellgussklammerprothese, Vollprothese): 3 Jahre

Entsprechende Gewährleistungsfristen können auch vertraglich vereinbart werden, sofern

- durch den Patienten die Angebote zur Individualprophylaxe in der nötigen Intensität und Regelmäßigkeit wahrgenommen
- die Kostenträger für die Therapien sichergestellt sind

§7 Durchführung von Patientenbefragungen

Durch regelmäßige Patientenbefragungen soll die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Selbstverpflichtung überprüft und ggf. verbessert werden.

§8 Bewertung vermuteter Qualitätsmängel der Versorgung

Für aufgekommene Unstimmigkeiten aller Art wird eine Telefon-Hotline eingerichtet, die von allen Seiten in Anspruch genommen werden kann. Auf Wunsch wird zusätzlich eine neutrale fachliche Bewertung einer zahnärztlichen Versorgung vorgenommen und schriftlich niedergelegt. Der Behandler stellt hierzu alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. In bedeutsamen oder unklaren Fällen ist die körperliche Untersuchung des Patienten die Regel. Die schriftliche Bewertung kann dann Patienten, falls erforderlich, helfen, vermutete Ansprüche auf juristischem Wege zu verfolgen.

§9 Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung

Der Zahnarzt nimmt zur Erhaltung eines aktuellen fachlichen Wissensstandes regelmäßig an Fortbildungen anerkannter Fachgesellschaften teil (z.B. DGZMK o.ä.). Hierbei soll ein Schwerpunkt auf solchen Fortbildungsveranstaltungen liegen, die das praktische Erlernen und Einüben neuer Verfahren ermöglichen.

Sparen und Lernen

Nicht immer sollte nur eine mögliche Kostenersparnis in der Zahnarztpraxis der Motivationsgrund für die Veränderung von Praxisstrukturen sein. Vorge stellt wird die Software von Lexware Financial Office 2003.

Peter Nachtweh, Berlin

Wer ist schon wirklich zufrieden mit den Leistungen seines Steuerberaterbüros? Bei dieser Frage stehen weniger die alljährliche Steuererklärungen im Vordergrund, bei deren Abgabe längst alle Entscheidungen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite gefallen sind, als vielmehr die vielen Nebenleistungen wie die monatlichen Gehaltsabrechnungen und betrieblichen Einnahmen- / Überschussberechnungen.

In der Regel beinhalten die Lohnabrechnungen fast über das ganze Jahr gleichbleibende Buchungsvorgänge, und die Überschussberechnungen erhalten Sie kommentarlos, meistens einige Monate später, und legen sie ungelesen zur Seite. Bei Neueinstellungen, bei Entscheidungen über Gehaltsstufen, bei beabsichtigten Gehaltsveränderungen, bei der Frage, was bleibt netto für die Angestellten übrig, sind Sie auf die Mithilfe des Lohnbüros angewiesen. Auch bei der Einnahmen- / Überschussrechnung verlangt das Steuerbüro eine ordentliche Aufbereitung Ihrer Belege. Die Zeiten für einen Schuhkarton voller Zettel und Kontoauszüge sind längst vorbei, mit Recht.

Wenn Sie sich als Zahnarzt nicht nur für das Umfeld Ihrer zahnärztlichen Tä-

tigkeit, sondern auch als Unternehmer für die betriebswirtschaftlichen Belange und Hintergründe Ihrer Praxis interessieren, dann liegt es doch auf der Hand, die Daten und Fakten Ihres Unternehmens eigenständig zu überwachen und zu dirigieren.

Dass Sie sich vielleicht auch noch manchmal über die Höhe der Rechnungen für die Dienstleistungen Ihres Lohn-Steuerbüros wundern oder ärgern, soll bei den anschließenden Empfehlungen nicht im Vordergrund stehen. Natürlich werden Sie eine finanzielle Entlastung erfahren, wenn Sie sich für eine Umstellung entscheiden. Aber viel wertvoller erscheint mir die Tatsache, dass Sie als Nebeneffekt Ihrer persönlichen Bemühungen entdecken, wie wichtig es ist, die betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge und Hintergründe Ihrer Praxis erkennen und gestalten zu können. Auf Veränderungen können Sie schon im nächsten Monat reagieren.

Dabei kann Sie die Software der Firma Lexware unterstützen, die unter anderem mit ihrem Programm Financial Office 2003 allen Ansprüchen genügt. Für die zahnärztliche Praxis beziehen sich meine Erfahrungen auf das Gebiet Lohn / Gehalt und Buchhaltung. Dabei geht es an dieser Stelle nicht darum, dass ich Ihnen die Programme und deren Handhabung in allen Einzelheiten erkläre, sondern um die globale Betrachtung, welche Vorteile Sie nach der kompletten Beherrschung und Ausnutzung des Programms erwarten.

Zuerst sollten Sie die Zusammenarbeit mit Ihrem Steuerbüro nicht abrupt beenden. Es empfiehlt sich zum Beispiel,

bis zum Jahresende alle Leistungen parallel zum Steuerbüro doppelt zu buchen, um mit seinen eigenen Eingaben und Ergebnissen vergleichen und kontrollieren zu können. Manchmal wird man sogar bei komplizierten Vorgängen und Entscheidungen von seinem Steuerbüro beraten.

Die Installation des oder der Programme ist einfach, ja geradezu spannend, wenn Sie auf dem PC Ihre Zahnarztpraxis zu einer Firma formieren, alle betrieblich relevanten Dinge zusammentragen und wenn sich vor Ihren Augen Zusammenhänge entwickeln, von denen die Sie zwar schon gehört haben, die Ihnen aber bisher so nicht bewusst waren. Bei der Verwaltung der Krankenkassen erleben Sie die höchst unterschiedliche Beitragsgestaltung, Sie erkennen die Bedeutung des Umlageverfahrens U1 / U2, Sie erleben praktisch hautnah, wie das Bruttogehalt Ihrer Mitarbeiterinnen zu einem bescheidenem Nettogehalt zusammenschrumpft. Sie erfahren aber auch Monat für Monat ganz konkret, wie hoch Ihre Arbeitgeberbelastung ist, und können so besser ermesen, in welchem Verhältnis die Arbeitsleistung Ihrer umsatz-aktiven Mitarbeiter zur tatsächlichen Praxisbelastung steht. Alle Veränderungen sind leicht zu erfassen, alle Formulare werden ausgedruckt, entsprechen den gesetzlichen Vorschriften und werden sicherlich demnächst noch vermehrt online auf den Weg gebracht. Die monatlichen Gehaltsüberweisungen werden zusätzlich vereinfacht und gesteuert, wenn sie aus dem Programm heraus im Online-Verfahren mit dem PC-Banking von Star-Money durchgeführt werden.

Fortsetzung auf Seite 37

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.Doiz.Dr.Stefan Zimmer,
ViSDP: Dr.Ulrich Happ

Redaktionsadresse: Dr.Ulrich Happ, Kapellenstr. 2,
22117 Hamburg, Tel: 040 244578, Fax: 040 243676
Redaktionsmail: drhapp@happ.org

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich
Auflage: 6000

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

Vorwort zur „Jobmaschine Gesundheitswesen“

Man darf annehmen, dass die Wörter „Jobmaschine Gesundheitswesen“ den meisten Menschen innerhalb und außerhalb der Gesundheitspolitik in den letzten Jahren zu einem festen Begriff geworden sind. Aber längst nicht allen dürfte bekannt sein, dass ein Zahnarzt, der Kieferorthopäde Dr. Dr. Schendel, seit vielen Jahren mit unendlicher Geduld auf dem Sektor Gesundheitswesen recherchiert und das Zahlenmaterial zusammenträgt, das unter anderem belegt, dass im Gesundheitswesen mehr Arbeitsplätze besetzt sind als in jedem anderen Industriezweig. Mit großem finanziellen Aufwand, unterstützt von der ZÄK Berlin und BUZ e. V., stellt Herr Dr. Schendel den politischen Entscheidungsträgern auf allen Ebenen seine Erkenntnisse und seine Aussagen immer wieder zur Verfügung. Denn gerade in diesen Monaten werden in der Gesundheitspolitik wieder Überlegungen angestellt und Wege eingeschlagen, die seinen Erkenntnissen in der „Jobmaschine Gesundheitswesen“ entgegenstehen. Im folgenden finden Sie einige wichtige und aussagekräftige Diagramme, die Sie heraustrennen und zum Kopieren und Weitergeben oder zum Auslegen im Wartezimmer verwenden können. Die vollständige und sehr umfangreiche Dokumentation kann man aus dem Internet herunterladen unter www.jobmaschine-gesundheitswesen.de.



Jobmaschine Gesundheitswesen

Dr. Dr. Klaus Ursus Schendel, Berlin

Wir Zahnärzte und Ärzte haben bisher versäumt, uns und unseren Mitbürgern klar und deutlich mitzuteilen, dass wir, die Jobmaschine Gesundheitswesen, die beiden wichtigsten Bedürfnisse der Menschen in Deutschland erfüllen: **Gesundheit und Arbeitsplätze!**

Deutschlands beste Jobmaschine wurde von der bisherigen Politik und den Meinungsführern übersehen, was zur Folge hatte, dass diese Jobmaschine von der Politik abgewürgt wurde.

Dieser Artikel soll Ihnen darüber einige Kenntnisse vermitteln und Ihnen Hilfestellung dazu geben, andere, z.B. die Meinungsführer, zu informieren, damit die Gesellschaft diese Fakten nicht länger übersieht und sinnvolle Entscheidungen zum Wohle aller trifft.

Mit Unterstützung der Ärztekammer Berlin und der KZV-Berlin wurde die Webseite www.jobmaschine-gesundheitswesen.de eingerichtet. Sie stellt die überragende Bedeutung der im Gesundheitsbereich Tätigen für den Arbeitsmarkt in einfachen Grafiken und kurzen Texten dar.

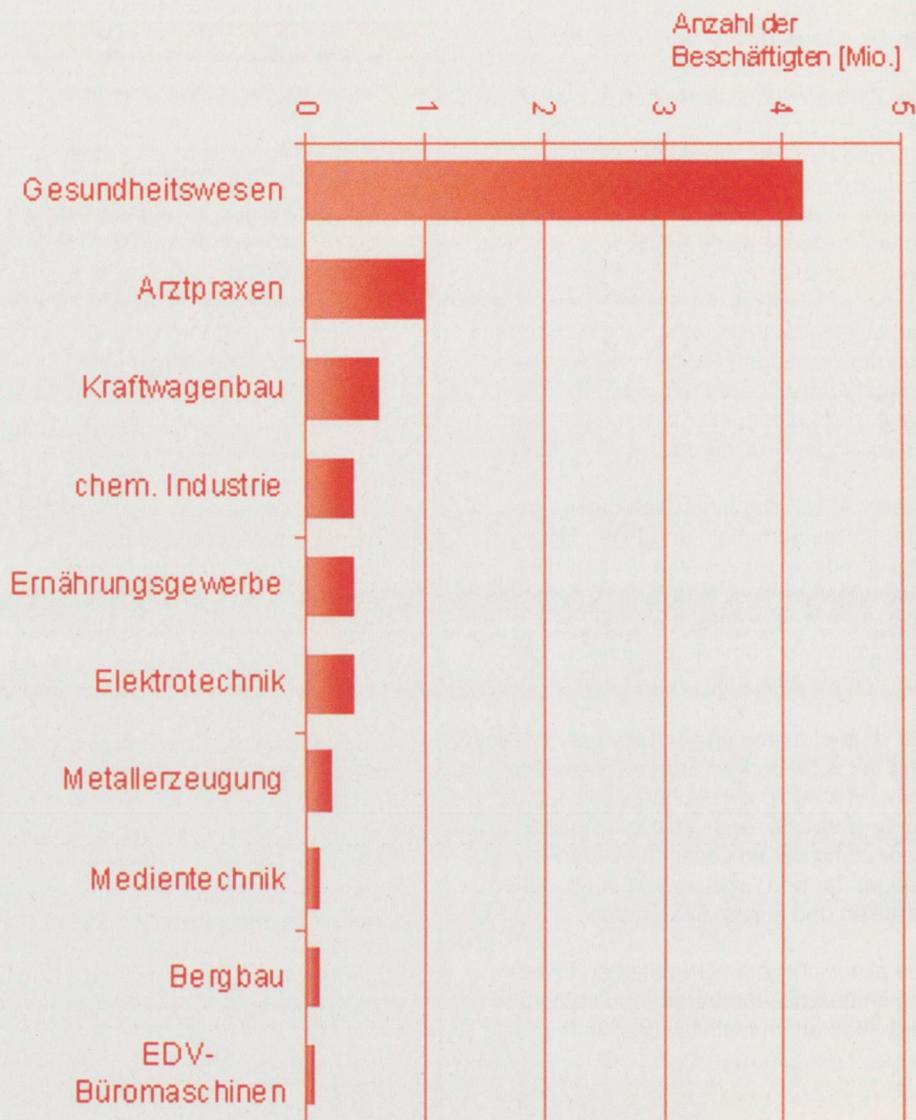
Die allerwichtigsten Grundfakten finden Sie im herausnehmbaren (und kopierbaren) Infoblatt im Mittelteil des Heftes.

Einige weitere wichtige Fakten:

- Allein die deutsche Zahnmedizin übertrifft mit weit über 300.000 Arbeitsplätzen ganze Industriezweige wie z.B. die Metallerzeugung, Bergbau, EDV-Büromaschinen u.a (Quelle: DIW).
- Die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen liegen auch und gerade in strukturschwachen Gegenden und Bundesländern sowie in ländlichen Regionen.
- Sie sind weitgehend unabhängig vom Ausland und der Globalisierung und unterliegen weitgehend in Deutschland getroffenen und damit beeinflussbaren Entscheidungen.
- Weit über die Hälfte dieser Arbeitsplätze sind Frauenarbeitsplätze, häufig ist die Kombination Familie und Arbeit möglich.
- Mit einer Milliarde € Jahresumsatz können im personalintensiven Gesundheitswesen fast 20.000 Arbeitsplätze gesichert werden, in der kapitalintensiven Industrie oft nur ca. 5.000.

Anzahl der Beschäftigten verschiedener Branchen 1996 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, BASYS



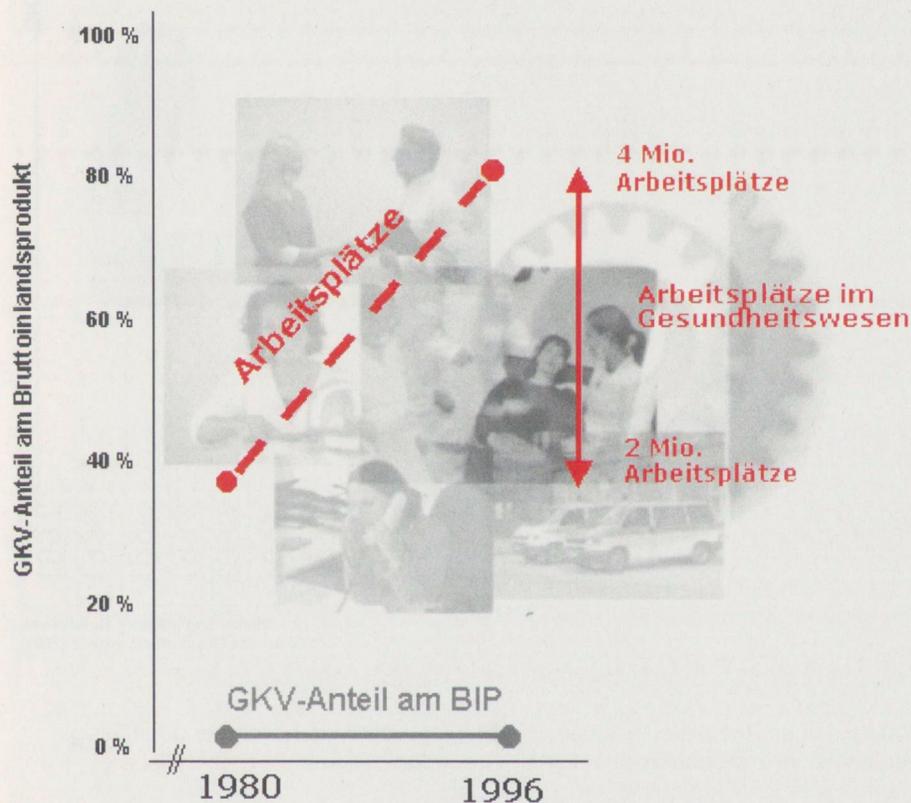


Jobmaschine Gesundheitswesen

Kurzinfo

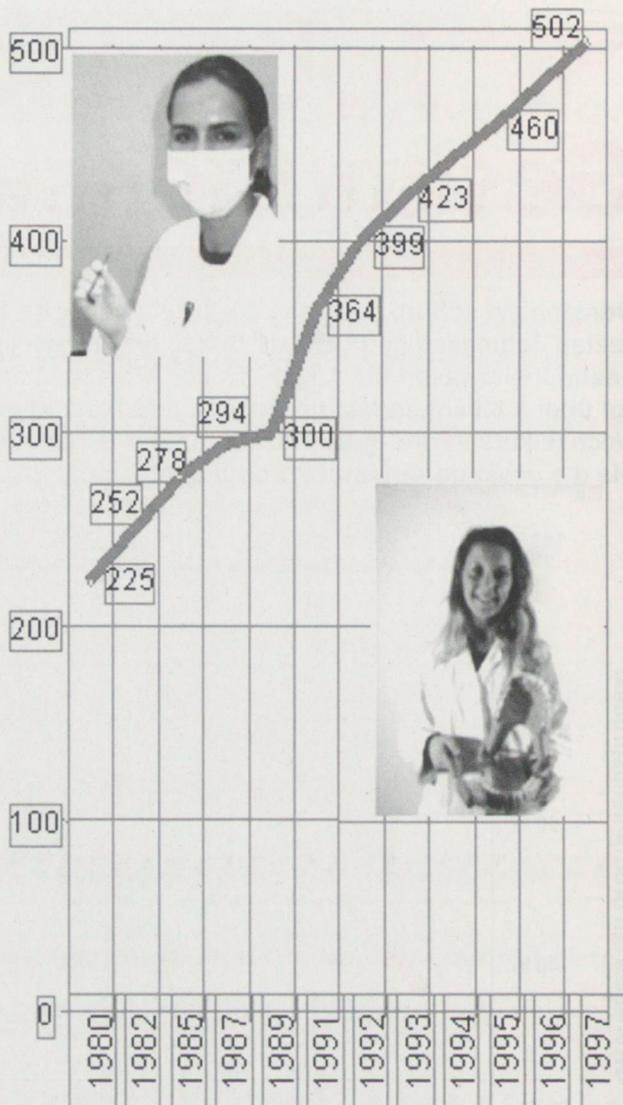
www.jobmaschine-gesundheitswesen.de

Wussten sie schon, dass das Gesundheitswesen zu Deutschlands besten Jobmaschinen gehört? In den letzten zwei Jahrzehnten hat das Gesundheitswesen die Anzahl seiner Arbeitsplätze von ca. 2 Millionen auf über 4 Millionen fast verdoppelt und bietet damit unabhängig von Wechselkursen und Auslandskonjunktur 5 mal so viele Arbeitsplätze wie die gesamte Automobilproduktion.



Das ganze wurde bei einem nahezu konstanten Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erreicht.

Allein die Anzahl der Arbeitsplätze für Arzt- und Zahnarzthelferinnen hat sich von 225.000 im Jahre 1980 auf über 500.000 im Jahre 1997 mehr als verdoppelt. **Insgesamt arbeiten derzeit in Arztpraxen fast 1 Mio. Menschen** – das sind weit mehr als in der gesamten deutschen Automobilproduktion.

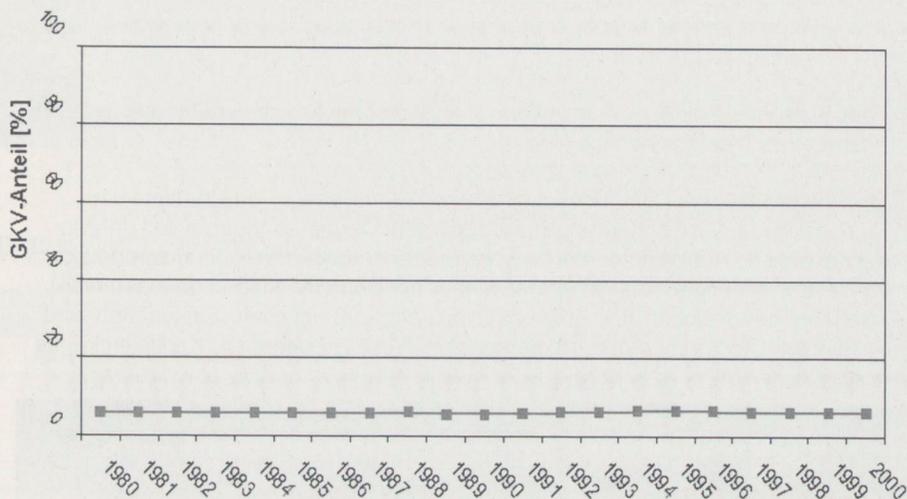


Quelle: Statistisches Bundesamt, Daten des Gesundheitswesens (2001)

Während in der Industrie Millionen von Arbeitsplätzen durch Roboter überflüssig wurden, ist im zwendungsorientierten Gesundheitswesen **die menschliche Arbeitskraft kaum durch Roboter zu ersetzen.**

Die so genannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen hat es nicht gegeben!

Die hohe Steigerungsrate auf über 4 Millionen Arbeitsplätze wurde bei einem nahezu konstanten Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erzielt.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Daten des Gesundheitswesens, BMG

	GKV-Anteil am Bruttoinlandsprodukt
1980	5,84%
1985	5,96%
1990	5,53%
1995	6,49%
1996	6,59%
1997	6,32%
1998	6,23%
1999	6,24%
2000	6,22%

Entwicklung des prozentualen Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den Jahren 1980 bis 2000

Der Anteil des Bruttoinlandsproduktes, der für die gesetzliche Krankenversicherung verwendet wird, war seit Jahrzehnten konstant und ist seit Mitte der neunziger Jahre sogar rückläufig.

Einnahmeschwäche in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wieso ist die gesetzliche Krankenversicherung in Finanznot?

Durch die Erfolge der Medizin erhöht sich die Lebenserwartung, aber auch der medizinische Bedarf. Denn immer mehr Menschen überleben früher tödliche verlaufende Krankheiten - um den Preis dauerhafter Behandlungsbedürftigkeit („Helmut-Schmidt-Effekt“). Trotzdem besteht das Hauptproblem in der Einnahmeschwäche der GKV. Durch diese Einnahmeschwäche wurde die Jobmaschine Gesundheitswesen abgewürgt – vor allem dadurch, dass:

- der Staat das Geld für die Kranken für andere Zwecke verwendet, die so genannten „Verschiebebahnhöfe“.
- im wesentlichen nur die Arbeitseinkommen der abhängig Beschäftigten zur Finanzierung der GKV herangezogen werden. Da die Lohnquote seit Jahren sinkt, also die Einkommen durch Erwerbsarbeit, erodiert die Finanzgrundlage der GKV. Als Folge müssen immer wieder die Beitragssätze angehoben werden, um den gleichen BIP-Anteil zu finanzieren. Immer mehr Einkommen wird in Deutschland nicht durch Arbeit, sondern durch Erbschaften, Kapitaleinkünfte etc. erzielt.

Der GKV brechen die Einnahmen weg!

Wären die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend dem Bruttoinlandsprodukt gestiegen...

→ fiktive Mehreinnahmen: fast 43 Mrd. € (Bund auf Basis 2000)

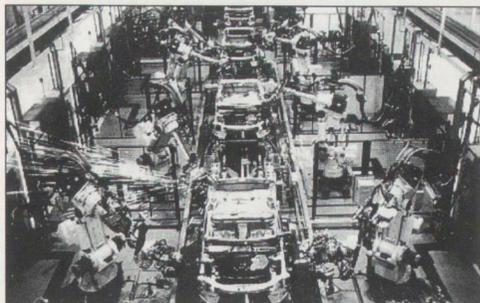
... dann lägen die GKV-Beitragssätze heute bei 11%-12%!

* Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit, Februar 2003

Hauptursachen der Einnahmeschwäche:

- Faktor Arbeit verliert als Beitragsgrundlage an Bedeutung
- Hohe Arbeitslosigkeit belastet die GKV mit rd. 7 Mrd. € p.a.
- Politische Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV: seit 1995 über 30 Mrd. €

Im zuwendungsorientierten Gesundheitswesen ist der Mensch kaum durch Roboter zu ersetzen, einen Mercedes oder Opel hingegen kann ein Roboter viel besser schweißen als ein Mensch.



Im Bundesland Berlin z.B. hat sich nach der Wende die Anzahl der Industriearbeitsplätze von 360.000 auf 180.000 halbiert, während das Gesundheitswesen in Berlin **mit über 200.000 Arbeitsplätzen die gesamte Industrie übertrifft**. Hätte sich das Gesundheitswesen wie die Industrie verhalten, **läge die Arbeitslosigkeit in Berlin bei ca. 25%**

Entwicklung der Arzt- und Zahnarztpraxen in Berlin von 1990 bis 1998

Umlagejahr	Ärzte		Zahnärzte	
	Betriebe	Arbeitsplätze	Betriebe	Arbeitsplätze
1990	2.444	12.737	1.097	6.646
1991	3.225	16.884	1.551	9.532
1992	3.835	16.346	1.986	8.717
1993	4.144	18.789	2.144	11.354
1994	4.296	20.211	2.187	12.354
1995	4.435	21.880	2.262	12.423
1996	4.570	24.995	2.317	14.411
1997	4.676	25.479	2.389	16.774
1998	4.672	25.177	2.427	14.715

Quelle: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Die Unkenntnis all dieser Fakten hat zu falschen politischen Entscheidungen geführt. **Deutschlands beste Jobmaschine wurde von der Politik abgewürgt.**

Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Lohnnebenkosten wird häufig überschätzt: Der Arbeitgeber-Pflichtbeitrag zur GKV macht nur 4,5% der Arbeitskosten pro vollbeschäftigtem Arbeitnehmer aus!

Selbst wenn der durchschnittliche Krankenversicherungssatz von 14,4% auf 12% (und somit der Arbeitgeberanteil von 7,2% auf 6%) gesenkt würde, bedeutete diese ca. 17%-ige Absenkung nur 0,9% weniger Arbeitskosten.

Wegen dieser marginalen Arbeitskostensparnis von 0,9% wird kein Schweißroboter durch einen Menschen, kein Mähdrescher durch einen Landarbeiter und kein Bankautomat durch eine Kassiererin ersetzt werden.

Das Gesundheitswesen vernichtet nicht Arbeitsplätze, es ist die Zukunftsbranche, der Bedarf ist groß und wächst mit dem medizinischen Fortschritt („Helmut-Schmidt-Effekt“).

Aus den Daten und Fakten zum Thema „Gesundheitswesen und Beschäftigung“ ergeben sich folgende grundlegende Feststellungen:

1. Das Gesundheitswesen, insbesondere das mittelständische, war in den letzten zwei Jahrzehnten Deutschlands beste Jobmaschine - nur hat die Politik dies leider nicht zur Kenntnis genommen.
2. Eine sog. „Kostenexplosion“ hat es nicht gegeben, sondern es gibt eine Einnahmeschwäche, vor allem bedingt durch die staatlich verursachten „Verschiebebahnhöfe“ und durch die ausschließliche Kopplung der Krankenkassen-Einnahmen an die Lohnquote.
3. Das personalintensive Gesundheitswesen, insbesondere das mittelständische, besitzt die Fähigkeit, bei Behebung der genannten Einnahmeschwächen wieder in großem Umfang Arbeitsplätze zu schaffen, da hier menschliche Arbeit kaum durch Maschinen zu ersetzen ist und der Bedarf steigt.

Wer außer uns sollte die Entscheider und die Öffentlichkeit informieren?

Sie können das Infoblatt kopieren, ins Wartezimmer legen und der eigenen Zeitung zusenden. Oder Sie schicken es direkt an die Parteivorsitzenden:

Merkel	– Fax 030/220 70 125
Westerwelle	– Fax 030/227 76 562
Bütikhofer	– Fax 030/284 42 210
Schröder	– Fax 030/259 91 410

Unter 030-2270 kann auch jeder die Nummer des eigenen Abgeordneten erfragen und den Text dann in dessen Büro faxen.

Wer außer uns sollte dies tun?

Weitere Informationen unter: www.jobmaschine-gesundheitswesen.de

Fortsetzung von Seite 27

Die Nutzung des Lohn- und Gehaltsprogramms von Lexware spart Kosten und bringt mehr Transparenz und Überblick in jede Zahnarztpraxis.

Während dieser Programmteil sicherlich aus Gründen der Diskretion persönliches Engagement des Praxisinhabers erfordert, das allerdings mit Erfolgserlebnissen belohnt wird, besteht für die Buchhaltung eher die Möglichkeit, diesen Bereich zu delegieren und unter Umständen freie Kapazitäten der Verwaltungshelferin zu nutzen. Bekannterweise kann sich jedes Programm nur dann voll entfalten, wenn man bei der Eingabe der Daten mit sorgfältiger Planung und Überlegung vorgeht. Im Kontenrahmen hat man die Möglichkeit, einen vorgegebenen Kontenrahmen für Zahnärzte zu übernehmen, den Kontenrahmen des Steuerbüros zu kopieren oder seinen eigenen Kontenrahmen zu entwickeln.

Besondere Sorgfalt und Überlegung erfordert die Definition der Konten auf der Einnahmenseite. Hier haben Sie die Chance, alle Einnahmen so gesplittet einzubuchen, dass Sie zu jeder Zeit den Überblick haben, in welchem Bereich Veränderungen eingetreten sind, denen Sie entgegensteuern sollten. Buchen Sie Ihre Bankgutschriften nach KZV-Einnahmen, trennen Sie hier die Kons. / Chirg. vom ZE – Bereich oder der KFO, den Abschlag von der

Restzahlung, dann die GKV-Einnahmen von den PKV-Einnahmen, Einnahmen aus Mehrkosten von Einnahmen aus der Prophylaxe etc. Besonders interessant werden Ihnen die Jahresvergleichsmöglichkeiten erscheinen, wenn Sie nach einem ersten vollständigen Jahresabschluss beginnen können, neuere Ergebnisse mit den Zahlen aus Monaten und Quartalen des Vorjahres zu vergleichen. So haben Sie direkten Kontakt zu den betrieblichen Belangen Ihres Unternehmens und können Einfluss nehmen.

Ein weiterer konsequenter Schritt aus diesen Erfahrungen wäre die Überlegung, nun auch die Steuererklärung mit Hilfe von Lexware-Programmen selbständig durchzuführen. Ich bin noch nicht soweit. Wer kann darüber berichten?



www.zahnerlebnis.de

Unsere neuen Laborräume!

Umfirmierung!

Wir schreiben die über 25 Jahre erfolgreiche Geschichte von **Schmid + Paula** fort unter:

Lipinski & HoffmannTM
zahntechnik

bietet Ihnen **Qualität und Leistung**

für Ihre erfolgreiche Dentaltherapie ...
kombiniert mit Prothetik
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Wir beraten Sie gerne!

Ihre Zahntechnikermeister **W. Lipinski & B. Hoffmann**

Margaretenstr. 16 • 93047 Regensburg
Fon 09 41.79 15 21 • Fax 09 41.79 25 11
info@zahnerlebnis.de • www.zahnerlebnis.de

Vorbemerkungen zu dem Artikel von Dr. A. Bouveret : „Prophylaxe in der Praxis: die betriebswirtschaftliche Sicht.“

Stefan Günther, Berlin

Die rege Diskussion um den Beitrag von Dr. Bouveret im Vorfeld der Entscheidung, ob dieser Artikel im Forum veröffentlicht werden sollte, veranlasst mich, einige Vorbemerkungen aus meiner Sicht voranzustellen:

1. Die in diesem Artikel genannten Zahlen können nur als Rechenbeispiele betrachtet werden. Auf keinen Fall können sie absolut gesetzt und unverändert für die eigene Praxis übernommen werden.

2. Das immer wieder zu hörende Argument, man könne die Kosten einer Stunde einer zahnärztlichen Praxis auf so viele unterschiedliche Weisen errechnen, dass es kein allgemein gültiges Muster gibt, ist richtig. Es obliegt immer Ihrer unternehmerischen Entscheidung, ob Sie rechnen, wie Sie rechnen, und was Sie mit dem Ergebnis anfangen.

3. Ohne eine Kostenkalkulation Ihrer Praxisstunde spielen Sie Roulette mit unbekanntem Zahlen. Bedenken Sie, was das für Ihre Patienten, Mitarbeiter, Ihre Familie und Sie selbst bedeuten kann.

4. Alle Kostenerstatter, ob GKV oder PKV, haben sich mehr Gedanken über die Wirtschaftlichkeitsreserven Ihrer Praxis gemacht als Sie selbst (auch hier bestätigt die Ausnahme die Regel). Wenn Sie glauben, dass diese Kalkulationen zu Ihrem Wohle erfolgen, brauchen Sie sich

um betriebswirtschaftliche Größen Ihrer Praxis weiterhin keine Gedanken zu machen.

5. Die Berechnungen der Kosten pro Stunde für Kons, Endo, Zahnersatz etc. können nach dem gleichen Grundmuster erfolgen.

6. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es unsozial oder in irgend einer Hinsicht unmoralisch sein könnte, auszurechnen, wie hoch die Kosten sind, wenn ich eine bestimmte Leistung in der Praxis erbringe. Ich bin sicher, dass es notwendig ist, darauf zu achten, dass das erzielte Honorar für diese Leistung die Kosten deckt und einen kalkulierten Gewinn abwirft. Sollte ich dies dauerhaft missachten, laufe ich Gefahr, keine Gehälter mehr bezahlen und keine zahnärztlichen Leistungen mehr erbringen zu können. Ich fürchte, dass es einige Kolleg/innen in Deutschland gibt, die gerade über diesen Sachverhalt mit einer gewissen persönlichen Betroffenheit nachdenken.

Prophylaxe in der Praxis: die betriebswirtschaftliche Sicht

In immer mehr Zahnarztpraxen wird die Prophylaxe und Prävention als zukunfts-trächtige Leistungssparte erkannt, allgemein zu Recht, doch tatsächlich nur, wenn sie anhand der wirtschaftlichen Fakten der Praxis betriebswirtschaftlich kalkuliert, betrachtet und strukturiert wird. Kennen Sie die Arbeitskosten in Ihrer Praxis ganz genau und leiten Sie daraus die entsprechenden Kalkulationen für die Prophylaxeleistungen ab?

Im folgenden Beitrag werden Ihnen die wichtigen Kenngrößen und Berechnungen und die daraus abzuleitenden Leistungsentgelte praxistreffend vorgestellt.

Die gute Nachricht lautet: Prophylaxe liegt im Trend, Prävention ist „in“! Vorbeugend vorzusorgen, statt Defekte abzuwarten und zu reparieren, wird allgemein, d.h. auch außerhalb des Gesundheitswesens als richtig und logisch stringent betrachtet. Demgemäß ist auch der offizielle Tenor der Gesundheitspolitik auf Prävention ausgerichtet. Kein Wunder, könnte man sagen, denn last not least ist vorbeugen regelmäßig preiswerter als heilen – und Geld ist knapp im Gesundheitswesen! Die schlechte Nachricht für die Praxis darf dennoch nicht verschwiegen werden: Trotz der beschriebenen positiven Grundvoraussetzungen ist Prophylaxe als Angebotsschiene der Praxis kein wirtschaftlicher

„Selbstläufer“, keine „cash cow“ per se! Um Prävention in der Zahnarztpraxis zu einem betriebswirtschaftlich interessanten Standbein zu machen, sind wichtige Voraussetzungen zu erfüllen, von denen im Folgenden die Rede sein soll.

Die wirtschaftliche Seite

Grundsätzlich gilt in der Zahnarztpraxis die Maxime, dass letztlich alle Leistungen, die den Patienten erbracht werden, zwei Voraussetzungen erfüllen:

- Das dafür abrechenbare Honorar muss mindestens die entstehenden Kosten decken,
- und darüber hinaus einen Überschuss (Zahnarzteinkommen) be-

lassen, der das eigentliche Entgelt für die Behandlerleistung darstellt. Denn schließlich „lebt“ der niedergelassene Zahnarzt vom verbleibenden Einnahmenüberschuss.

Bei durch BEMA oder GOZ umrissenen Leistungsvergütungen, die (mit gewissen definierten Abstufungen bei derGOZ) den Charakter von Festpreisen haben, spielen zwei Gesichtspunkte eine wirtschaftlich entscheidende Rolle:

1. Die für die Leistungserstellung benötigte Zeit (Mengenkomponente) sowie
2. die Lohnkosten dieser Zeit, sei es in Form von Gehalt der Praxismitarbeiter oder kalkulatorischer Lohn des Behandlers (Preiskomponente).

Beide oben genannten Komponenten definieren in ihrem Zusammenwirken die anteiligen Kosten der Leistung, die dem entsprechenden Erlös gegenübergestellt werden muss. Im Umkehrschluss lässt sich auch sagen, dass zu hohe Kosten für das Erbringen der Praxisleistung zwei Ursachen haben können:

- zu hohe faktische oder kalkulatorische Arbeitskosten und/oder
- zu großer Zeitbedarf für die Leistungserstellung.

Es empfiehlt sich daher in drei rechnerischen Schritten

1. die Arbeitskosten der Praxis zu ermitteln
 - a) für den Behandler sowie
 - b) für die Praxismitarbeiter;

2. die benötigte Arbeitszeit zu messen, die für die Erstellung der präventiven Praxisleistungen benötigt wird;

3. die Vergütungen für die jeweiligen Prophylaxeleistungen einerseits und die Kosten für die Erstellung der Leistungen andererseits gegenüberzustellen, um ermitteln zu können, in welchem Maße eine Kostenüberdeckung (bzw. ggf. -unterdeckung) besteht.

Ermittlung der Arbeitskosten

A. Behandler-Arbeitskosten

Für die Ermittlung der Arbeitskosten des Behandlers ist eine differenzierte individuelle Betrachtung erforderlich. Sie setzt in einem ersten Schritt bei der Ermittlung der Arbeitszeit an. Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen:

Arbeitstage des Behandlers p.a. (ohne Samstage): 255 Tage; *Abzug der Urlaubstage p.a., z. B. - 30 Tage; Ausfalltage (Krankheit, Fortbildung) p. a. - 15 Tage; Summe der effektiven Arbeitstage pro Jahr 210 Tage; Behandler-Arbeitsstunden pro Tag 8 Stunden; Arbeitsstunden p.a 1.680 Stunden; Abzüge für Verwaltungstätigkeit, Beratungszeit, z. B. 20 % - 336 Stunden; Behandler-Arbeitsstunden am Stuhl, p.a. **1.344 Stunden**

In einem nächsten Rechenschritt wird die Höhe der Arbeitsentgelte ermittelt, die Grundlage der Berechnung des kalkulatorischen Behandler-Stundensatzes sind. Hierzu gibt es mehrere denkbare Ansätze. Drei in der Praxis bewährte Verfahren seien im Folgenden ausgeführt:

1. Kostenermittlung nach Speich

Als erstes sei die Kostenermittlung pro Stunde unter Einbezug aller kalkulatorischer Kosten der Praxis ausgeführt, wie sie beispielsweise von Speich vorgenommen wird. Die Kostenermittlung nach Speich erfasst neben den faktischen Kosten der Praxis, wie den Mitarbeiter- und den Praxiskosten, auch kalkulatorische Posten, wie z. B. kalkulatorischen Unternehmerlohn für den Praxisinhaber, Kosten der Ausbildung, Rücklagen für Reinvestition usw.

1.1 Kapitalkosten:

Gesamtinvestition:

- Kosten der Praxisgründung
- Praxiseinrichtung
- Kosten der Ausbildung
- Einkommensverlust durch Studium

z.B. EUR 450.000,-

Verzinsung der Gesamtinvestition

(z.B. mit 15 %) ca. **EUR 67.500,- p.a.**

1.2 Mitarbeiterkosten p.a.:

- Gehälter
- Arbeitgeberanteile
- Freiwillige soz. Leistungen
- Sonstiges

z.B. EUR 130.000,- p.a.

1.3 Praxiskosten p.a.:

- Miete
- Strom, Wasser, Müll
- Reinigung
- Materialien
- Medikamente
- Zinsen für Betriebsmittel

z.B.: EUR 75.000,- p.a.

1.4 Behandlerkosten:

Was würde ein angestellter Zahnarzt für

die Tätigkeit erhalten (zzgl. Arbeitgeberanteile zur Soz.Vers., Freiwillige soziale und sonstige Leistungen)?

z.B. EUR 75.000,- p.a.

1.5 Rücklagen für Reinvestition:

z.B. EUR 10.000,- p.a.

1.6 Gesamtsumme der Kosten

pro Jahr: EUR 357.500,- p.a.

Teilt man nun die Gesamtkosten pro Jahr durch die Anzahl der jährlich vom Behandler (oder den Behandlern, wenn in der Praxis mehrere tätig sein sollten) zu leistenden Arbeitsstunden am Stuhl, so ergibt sich ein Behandler-Stundensatz zur Abdeckung der reinen Kosten in Höhe von **EUR 266,-/h.**

Berücksichtigt man darüber hinaus noch einen kalkulatorischen Aufschlag für Wagnis und Gewinn (z.B. in Höhe von 10%), so ergibt sich ein Behandler-Honorar-Satz pro Stunde in Höhe von **EUR 292,60/h.**

Dies entspricht einem Honorar-Satz von EUR 4,88 pro Minute.

Die Kostenermittlung nach Speich ist wegen der Berücksichtigung sowohl der faktischen als auch der kalkulatorischen Kosten die umfassendste Methode. Sie führt im Ergebnis demgemäß zu den höchsten Kostenwerten für die Behandler-Stunde (und der davon im Halbwert-Verfahren abgeleiteten Helferinnen-Stunde. Letztere läge bei EUR 2,44).

2. Kostenermittlung nach Durchschnittswerten

Eine zweite Variante orientiert sich an den Durchschnittszahlen deutscher

Zahnarztpraxen, wie sie in den Statistischen Basisdaten der KZBV-Jahrbücher, aufgeteilt nach Alten bzw. Neuen Bundesländern, jährlich veröffentlicht werden.

Kosten der Zahnarztstd., Jahr 2000 (in DM)

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Wochenarbeitszeit	48,0 Stunden	48,9 Stunden
Behandlungszeit am Stuhl	35,7 Stunden	36,4 Stunden
Jährliche Behandlungszeit	1.499 Stunden	1.529 Stunden
Praxisausgaben	499.742,- DM	335.353,- DM
davon: Fremdlaborkosten	161.213,- DM	115.820,- DM
Kosten pro Stunde (ohne Labor)	226,- DM/115,55 €	144,- DM/73,63 €
Einkommen (Zahnarzt)	130,- DM/66,47 €	106,- DM/54,20 €
Stundenhonorar umsatz (Zahnarzt)	356,- DM/182,02 €	250,- DM/127,82 €
Stundenhonorarum- satz (ZFA, ZMF, DH)	178,- DM/91,- €	25,- DM/63,91 €
Stundengesamt- umsatz (einschl. Fremdlaborausgaben)	463,- DM/236,73 €	326,- DM/166,68 €

(Quelle: KZBV Jahrbuch 2001, S. 31)

Aus den obigen statistischen Durchschnittswerten ergeben sich Honorarsätze pro Minute von DM 5,93 (EUR 3,03) bzw. Minutengesamtumsätze (einschl. Laborkosten) von DM 7,72 (EUR 3,95) in den Alten Bundesländern.

Für die Neuen Bundesländer liegen die entsprechenden Durchschnittswerte bei DM 4,17 (EUR 2,13) für den Honorar-Minutensatz bzw. DM 5,43 (EUR 2,78) für den Gesamtumsatz pro Minute.

Die hier vorgestellte Methode greift also nicht auf die eigenen Praxiszahlen zurück, sondern bedient sich der statistischen Durchschnittswerte für Zahnarztpraxen in den Alten bzw. Neuen Bundes-

ländern. Sie „stimmen“ somit nur dann und nur insoweit, als die Praxisdaten in etwa den Durchschnittswerten entsprechen. Ansonsten können sie lediglich als Anhaltswerte dienen.

3. Kostenermittlung nach BWA

Ein anderer Ermittlungsansatz basiert auf den faktischen Praxiszahlen, wie sie z. B. aus der eigenen Praxis-BWA entnommen werden können. Er vernachlässigt die im Verfahren nach Speich zusätzlich berücksichtigten kalkulatorischen Kosten.

Ermittlung des Stunden-Kostensatzes bzw. Honorarsatzes aus eigenen BWA-Zahlen der Praxis

Praxis-Gesamtumsatz p.a. EUR 430.000,-

- Laborleistung EUR 130.000,-
= Zahnärztlicher Honorarumsatz p.a.
EUR 300.000,-

- Einnahmen-Überschuss EUR 110.000,-
= Praxisaufwand p.a. EUR 190.000,-

Der Praxiskosten-Stundensatz wird mittels Division des Praxisaufwands (EUR 190.000,-) durch die vom Behandler am Stuhl zu leistenden Arbeitsstunden (im Beispiel: 1.344 Stunden) ermittelt. Er liegt bei EUR 141,37, d.h. für die reine Kostendeckung müssen im angenommenen Beispiel EUR 141,37 pro Stunde umgesetzt werden. Der Minutenwert liegt demnach bei EUR 2,36.

Um den Honorarumsatz pro Stunde zu ermitteln, wird der Zahnärztliche Honorarumsatz (EUR 300.000,-) durch die Behandlerstunden am Stuhl (1.344 Stunden) geteilt: Der zahnärztliche Min-

destumsatz pro Stunde liegt im Beispiel bei EUR 223,21. Der Honorar-Minuten-satz liegt somit bei EUR 3,72.

Bezieht man zusätzlich die Fremdlaborausgaben mit ein, ergibt sich nochmals ein höherer Wert. Unter Annahme, dass rund 80 Prozent der Laborleistungen Fremdlaborleistungen betreffen, wird zum Beispiel EUR 242,56 (EUR 4,04 pro Minute) ermittelt.

B. Praxismitarbeiter-Arbeitskosten

Für die Ermittlung der Arbeitskosten der Praxismitarbeiter werden deren jeweilige Bruttogehälter, zuzüglich den Arbeitgeberanteilen zur Sozialversicherung, in Höhe von derzeit rund 22 Prozent, durch die Anzahl der zu leistenden Arbeitsstunden pro Monat bzw. pro Woche, pro Tag und pro Stunde geteilt.

Man erhält damit die Arbeitskosten pro Arbeitsstunde der jeweiligen HelferIn. Nimmt man alle Bruttogehälter (zzgl. Nebenkosten des Arbeitgebers) zusammen und teilt sie durch die Anzahl der von den Praxismitarbeitern zu leistenden Stunden, so erhält man den durchschnittlichen Arbeitskostensatz der Praxismitarbeiter.

Beispiel für die Ermittlung der Arbeitskosten pro HelferIn

Bruttogehalt EUR 1.428,- p.m.
Zusatzleistungen EUR 171,- p.m.
Arbeitgeberanteile EUR 351,- p.m.
Gesamtkosten EUR 1.950,- p.m.

Anzahl der Arbeitsstunden 150 p.m.
Arbeitskosten pro Stunde EUR 13,-
Die reine Erfassung der Arbeitszeitkosten ist jedoch nur bedingt aus-

sagefähig, da durch die Tätigkeit der Praxismitarbeiter zusätzlich auch die sonstigen Kosten der Zahnarztpraxis mit erwirtschaftet werden müssen. Eine entsprechende anteilige Umlage der allgemeinen Praxiskosten wäre dafür erforderlich.

Da der Einsatz der Mitarbeiter über die reine Kostendeckung hinaus zusätzlich auch einen unternehmerischen positiven Ertrag erwirtschaften sollte, müsste ferner ein entsprechender kalkulatorischer Zuschlag erfolgen, der sich in seiner Höhe an den Renditeerwartungen der Praxis orientiert. In der Praxis hat sich, wegen der offensichtlich etwas komplizierten Zurechnung, daher ein Verfahren durchgesetzt, welches die Ermittlung der Behandlerkosten- bzw. Behandlerhonorarsätze als gewichtigsten Faktor in den Vordergrund stellt.

Der Ansatz der Helferinnen-Stundensätze wird an den Behandler- Stundenergebnissen orientiert, wobei üblicherweise die Hälfte der Behandlerstundensätze für die Praxismitarbeiter angesetzt werden.

Es bleibt dem einzelnen Praxisinhaber überlassen, welchen der alternativen Ermittlungs- bzw. Anhaltsmethoden er für seine eigenen kalkulatorischen Ansätze wählt. Dies ist in erster Linie eine Frage der Zweckmäßigkeit und der gewünschten Genauigkeit. In keinem Fall kann es darum gehen, damit die Basis für eine freie Gestaltung der Leistungsentgelte zu ermitteln; die „Preise“ sind durch BEMA bzw. GOÄ/GOZ weitgehend determiniert. Es geht vielmehr darum, mit Hilfe der zugrunde gelegten Kostenstruktur den Zeitrahmen zu bestimmen, den Behandler oder Praxismitarbeiter als Leistungserbringer zu beachten haben.

Mit anderen Worten: da im Prinzip keine oder zumindest nur begrenzte Preisvariabilität besteht und die Kostenstruktur der Praxis determiniert ist, ist die Zeitkomponente die einzige Variable, mit der die Praxis steuernd agieren kann. Bei gegebenen Preisen und feststehender Kostenstruktur ist der Zeitaufwand, der für die Leistungserbringung eingesetzt wird, entscheidend dafür, wie viel Kostendeckung (und darüber hinaus „Zahnarzteinkommen“) bei jeder Prophylaxeleistung entsteht.

Der Zeitkorridor von Prophylaxeleistungen

Die ermittelten bzw. zugrunde gelegten Werte kennzeichnen die Kostenseite der Praxis, wobei zum einen die reine Kostendeckung, zum anderen das darüber hinaus erforderliche Erwirtschaften eines Behältereinkommens für den niedergelassenen Zahnarzt (in Form eines Einnahmenüberschusses) unterschieden wurde.

Der Kostenseite wird nun die Erlöseite gegenübergestellt. Dabei ist naturgemäß vor allem wichtig zu wissen, wie viel an Einnahmen für definierte zahnärztliche Leistungen, wie z. B. Prophylaxe-Leistungen, erzielt wird.

Wie eingangs bereits erwähnt, sind die Vergütungen für die Leistungen der Zahnarztpraxis regelmäßig durch den BEMA oder die GOZ bzw. GOÄ umrissen und sind insoweit weitgehend als Festvergütungen anzusehen – wobei im Hinblick auf die Steigerungsfaktoren bei GOZ/GOÄ gewissen Gestaltungsmöglichkeiten bestehen. Dies gilt auch für Prophylaxeleistungen.

Es ist insoweit wichtig festzuhalten, welcher Zeitkorridor dem Behandler und seinen Praxis-Mitarbeitern verbleibt, um bei gegebenem quasi-festen Vergütungen einerseits und der ermittelten Kostenstruktur andererseits, die gewünschten Prophylaxeleistungen wirtschaftlich erbringen zu können. Demgemäß wird der Zeitraum ermittelt, der für eine Leistungserbringung maximal, unter der Maxime der Kostendeckung bzw. dem Erzielen des gewünschten Behandler Einkommens zur Verfügung steht. Unter Ansatz der Punktwerte für die einzelnen Behandlungspositionen und der ermittelten Werte für die Praxis-Mitarbeiter haben sich in einer Praxis beispielsweise folgende „Zeiteinsatz-Werte“ ergeben:

Zeiteinsatzwerte

	Position	Zeit in Minuten
BEMA	IP1	10
	IP2	15
	IP3	6
	IP4	6
	IP5	8
GOÄ	Ä1	4
	Ä3	7
	Ä76	6
GOZ	100	17
	101	9
	102	4
	200	8

Angesetzter Mitarbeiter-Stundensatz
EUR 82,83 (DM 162,-)

Würde man statt den Mitarbeiter-Werten den doppelt so hohen Stundensatz für den Behandler ansetzen, würden sich die Zeiteinsatz-Werte halbieren, d. h. es stünde nur mehr die Hälfte der obigen Zeit für die Leistungserbringung zur Verfügung. Ganz offensichtlich wäre dies nicht mehr darstellbar. Daraus ergibt sich die wichtige Erkenntnis, dass Prophylaxeleistungen in der Regel schon aus wirtschaftlichen Gründen

nicht vom Behandler, sondern von den Praxismitarbeitern zu erbringen sind. Die ermittelten Zeitwerte in Minuten lassen sich wie folgt interpretieren: Um beispielsweise die BEMA-Position IP1 (EUR 17,62) kosten- und einkommensdeckend zu erfüllen, dürfen in dieser Praxis maximal 10 Minuten aufgewandt werden.

Wird die Zeitdauer von 10 Minuten unterschritten, entsteht ein höherer als der kalkulatorisch geplante Einnahmenüberschuss (Behandler Einkommen).

Wird der Zeitwert von 10 Minuten dagegen überschritten, dann wird nur ein geringerer als der kalkulierte Einnahmenüberschuss erzielt, d. h. das Behandler Einkommen sinkt. Im Extremfall, d. h. bei starker Überschreitung des Zeitwertes sinkt das Behandler Einkommen an dieser Position nicht nur auf Null, sondern zusätzlich ist nur mehr partielle Kostendeckung gegeben!

Im Bereich der GOÄ/GOZ kann mit entsprechender (begründeter) Veränderung des Steigerungssatzes der Zeitkorridor, der zur Kosten- und Einkommensdeckung nicht überschritten werden darf, erweitert werden, wie die nachfolgende Übersicht verdeutlicht.

Die Zeitwerte sind auf der Basis von Praxismitarbeiter-Stundensätzen ermittelt worden (Halbwert-Ansatz). Würde man den Kostensatz für Behandler ansetzen, würden sich die Zeitwerte halbieren, d. h. es stünde nur die Hälfte der Zeit zur Verfügung – offensichtlich wäre es dann aber kaum möglich, die entsprechende Prophylaxeleistung wirtschaftlich zu erbringen!

GOZ	2,3 = DM/€	Min	3,5 = DM/€	Min
400	40,48 / 20,70	15,0	61,60 / 31,50	23,0
491 je KH od. Front	12,65 / 6,47	5,0	19,25 / 9,84	7,0
402 je Sitzung	11,38 / 5,81	4,5	17,33 / 8,86	6,5
402 je KH od. Front	8,85 / 4,53	3,5	13,48 / 6,89	5,0
404 je Sitzung	11,38 / 5,82	4,5	17,33 / 8,86	6,5
405 je Zahn	2,76 / 1,41	1,0	4,20 / 2,15	1,5
406 je Zahn	1,61 / 0,82	0,6	2,45 / 1,25	1,0
407 je Zahn	27,83 / 14,22	10,0	42,35 / 21,65	15,5
619	35,42 / 18,11	13,0	53,90 / 27,56	20,0
Ä76	18,35 / 9,38	7,0	27,93 / 14,28	10,0

Die Betrachtung der Relation von auf die Zeitschiene projizierten Kosten und Erlösen zeigt demgemäß, dass Prophylaxeleistungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten in der Regel nicht vom Behandler geleistet werden können, sondern ausschließlich von den Praxismitarbeitern (ZMF, ZFA, DH)!

Ein Stundenhonorarsatz von z. B. EUR 182,02 (DM 356,-), wie er sich als Durchschnittswert für die alten Bundesländer im Jahr 2000 ergab, kann vom Behandler in der Regel mit Prophylaxeleistungen nicht erwirtschaftet werden!

Des Weiteren ist ersichtlich, dass auch für die Praxismitarbeiter selbst, angesichts der gegebenen Kosten- und Erlössituation der Praxis, im Hinblick auf Prophylaxeleistungen nur relativ wenig Zeit zur Verfügung steht, wenn das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für die Praxis gewahrt bleiben soll!

Eine ergänzende Analyse der Leistungsentgelte in Relation zur Zeitschiene zeigt ferner, dass auch bei Prophylaxeleistungen wirtschaftlich interessanter und weniger ergiebige unterschieden werden können. So ist z. B. die Profes-

sionelle Zahnreinigung ein betriebswirtschaftlicher „Winner“: Die Relation von GOZ-Erlösen und Kosten für einen ca. 30-minütigen Zeitaufwand ergibt bei einem PZR-Stundensatz von z. B. EUR 90,- volle Kostendeckung und einen darüber hinausreichenden Überschuss. Schwieriger ist die Situation dagegen z. B. beim Speicheltest (Messen der Speichelsekretion, Pufferkapazität, Mutans-Streptokokken- Test, Laktobazillen-Test): Hier wäre bei einem Erlös von z. B. EUR 46,- der Zeitaufwand als solcher noch darstellbar, der Materialeinsatz ist aber nur zum Teil gedeckt.

Die Praxis ist also gut beraten, eine Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen unter Beachtung der Zeitschiene, in der die Leistungen erbracht werden müssen, für alle Prophylaxeleistungen als Orientierungsmaßstab vorzunehmen. Die Mitarbeiter sollten diese Orientierungsgrößen und ihre Aussagekraft kennen!

Resümee

Insgesamt zeigt sich, dass die Prophylaxe als Leistungsschiene der Praxis nicht zuletzt auch eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung erfordert.

Erfolgreiche Prävention sollte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Hohe Professionalität der Leistungserbringung
- Hohe Kapazitätsauslastung der „Prophylaxeabteilung“
- Schnelles präzises Arbeiten der Praxismitarbeiter

- Strukturieren der Prophylaxe-Patienten durch Recall
- Hohe Motivation der Praxismitarbeiter

Von zentraler Bedeutung ist erfahrungsgemäß, dass eine ausreichend große Zahl von Patienten für die Prophylaxe gewonnen werden kann, um die vorhandene Kapazität auszulasten und damit eine Behandlungsroutine dergestalt entsteht, dass die gewünschten Leistungen auch schnell genug, d. h. im Rahmen der aufgezeigten Zeitkorridore erbracht werden können.

Die aufgeführten Punkte erfordern zudem ergänzende Marketingmaßnahmen, wie z.B. die zielgerichtete Organisation des Prophylaxe-Recalls. Mit seiner Hilfe wird versucht, die Nachhaltigkeit der Prävention sicherzustellen. Zugleich wird damit aber auch für eine möglichst planmäßige Auslastung der aufgebauten Prophylaxe-Kapazität der Praxis gesorgt.

Die für die Einrichtung eines eigenen Prophylaxeraumes erforderliche Investitionssumme ist betriebswirtschaftlich ebenfalls relevant.

Sie hängt weitestgehend von spezifischen Faktoren der Praxis ab, wie

1. Neuniederlassung?
2. Erweiterung einer bestehenden Praxis?
3. Behandlungsraum bereits vorhanden?

4. Einfacher oder gehobener Ausstattungsstandard erwünscht?
5. Umfang der gewünschten Ausstattung?

Je nach vorhandenen Gegebenheiten und gewünschtem Ausstattungsniveau kommen naturgemäß unterschiedliche Investitionssummen zustande. Als Essentials seien beispielhaft angeführt:

- Prophylaxe-Behandlungseinheit EUR 12.500 – 15.000,-
- Materialausstattung EUR 3.000,-
- Plaqueoskop EUR 4.000,-
- Intraoralkamera EUR 5.000,-
- Mitarbeiterfortbildung zur ZMF EUR 3.000,-

Diese Investitionen müssen, soweit sie ursächlich mit der Aufnahme von Prophylaxeleistungen in das Angebotsspektrum der Zahnarztpraxis im Zusammenhang stehen, unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten durch Praxisleistungen amortisiert werden. Die Investitionssumme muss durch Erlöse nicht nur wieder eingespielt, sondern darüber hinaus eine Verzinsung des eingesetzten Kapitals und ein Äquivalent für das eingegangene Risiko sowie ein unternehmerischer Gewinn erwirtschaftet werden.

Je kürzer der Amortisationszeitraum ist, desto rentabler ist die Investition. Hier sollte man keine unreal kurzen Zeiträume ansetzen. 3–5 Jahre erscheinen unter betriebswirtschaftlichen Aspekten in der Regel als realistisch.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass gerade in der Einführungsphase, in der

zwar erfahrungsgemäß die o. g. Ausgaben anfallen, die Prophylaxeleistungen als Einnahmenquelle aber erst anlaufen, vorübergehend durchaus defizitäre Ergebnisse entstehen können, die den Gesamteinnahmenüberschuss der Praxis mindern. Dies muss in der betriebswirtschaftlichen Planung entsprechend berücksichtigt werden.

Eine kostenrechnerische Ausgliederung der Prophylaxe schließlich dient dem Zweck, diese Leistungssparte nicht nur organisatorisch (z. B. in Form speziell fortgebildeter Praxismitarbeiter, eigenem Bestellbuch etc.), sondern auch betriebswirtschaftlich als eine separate Einheit, als eine Art „Profitcenter“, zu betrachten. Dieser Ansatz dient dem Zweck, die Wertschöpfung der Prophylaxeleistungen im Einzelnen aber auch insgesamt für die Zahnarztpraxis zu ermitteln, Zielvorgaben zu setzen („Wie viel wollen wir mit unserer „Prophylaxeabteilung“ in diesem Jahr umsetzen? Wie viel Einnahmenüberschuss wollen wir erzielen?“), den Zielerreichungsgrad zu kontrollieren („Was haben wir er-

reicht?“) und gegebenenfalls die Mitarbeiter am erzielten Erfolg ihrer Sparte zu beteiligen. Zudem bietet die Prophylaxe gute „cross-selling“-Ansätze für die Praxis, da Prophylaxe-Patienten regelmäßig in die Praxis kommen und häufiger untersucht werden, wobei sich unter Umständen erweiterter Behandlungsbedarf zeigt und andere Leistungsbereiche der Praxis nachgefragt werden. Informationsmaterial über Prophylaxeleistungen, sei es in gedruckter Form oder multimedial, die Überzeugungsarbeit im Patientengespräch u.a.m. sind darüber hinaus erforderliche Komponenten, um das gute Produkt „Prophylaxe“ auch adäquat zu vermarkten.

Im Zusammenspiel zwischen zukunfts-trächtiger Leistungssparte (wie sie die Prävention für die Zahnarztpraxis zweifellos generell darstellt) und betriebswirtschaftlicher Strukturierung anhand der wirtschaftlichen Fakten der Praxis entsteht letztlich die Basis für nachhaltigen planmäßigen Praxiserfolg durch Prophylaxeleistungen.

Priv. Doz. Dr. A. M. Bouveret, Giebelstadt

Bewährtes erhalten:

Kernsanierung von Behandlungseinheiten

Für die wirtschaftliche Praxisführung spielen Praxiseinrichtung und Praxistechnik eine wichtige Rolle. In verschiedenen früheren Forum-Beiträgen sind unsere Autoren der Frage nachgegangen, wie man durch Nutzung kostengünstiger Möbel und Geräte aus normalen Einrichtungsprogrammen,

durch den Kauf wenig störanfälliger Geräte, durch mobilen Geräteinsatz statt Mehrfachanschaffung und ähnliche Strategien erhebliche Kosten einsparen kann. Zu solchen Überlegungen gehört auch das Angebot „Aus alt mach neu“ der Firma Meyer Superdenta, eines mittelständigen Familienbetriebes aus dem vorderen Rheingau, das einer ihrer Mitarbeiter im Folgenden vorstellt.

Viele Zahnärzte kennen das Problem: Die alte bewährte Behandlungseinheit, massiv, stabil, robust, mutet mit ihrem Metall langlebig und krisenfest an. Neue Lösungen im „Plastikdesign“ dagegen wirken eher dünn und wacklig. Was aber tun, wenn bei der bewährten Einheit die Technik zunehmend anfälliger wird oder ausfällt, gar die Ersatzteilversorgung gefährdet ist?

Für alle diejenigen, die mit ihrer alten Behandlungseinheit im Prinzip zufrieden sind, bietet sich die Kernsanierung der „guten alten Einheit“ als Lösung an. Der Zahnarzt hat die Möglichkeit, das Bestehende zu bewahren, sich jedoch gleichzeitig mit neuester Technik auszurüsten, ja die eigene Wunsch-Einheit zusammenstellen zu lassen, und zwar unabhängig vom Hersteller.

Die Firma MEYER Superdenta (vormals Frank H. Meyer), im Geschäft seit 1959, hat sich seit Jahren auf einige viel gefragte Einheiten wie KaVo „1040“, RITTER „Dentor“ und RITTER „Dentrix“ spezialisiert und ein kundenfreundliches, standardisiertes Sanierungsprogramm entwickelt.

So bietet sie im Reparatur-Austausch für die alte KaVo 1040 eine komplett sanierte und pulverbeschichtete Einheit an. Speifontäne, Gerätearm und Gerätekopf werden per Reparatur-Austausch erneuert. Der Zahnarzt kann sich Komponenten nach Bedarf zusammenstellen, zum Beispiel einen Instrumententisch mit integrierter Trayablage mit neuer Köcherwalze mit fünf Köchern, frei wählbarer Instrumentenreihenfolge, mit komplett neuer Steuerung und neuem Innenle-

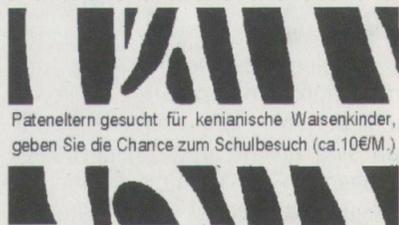
ben. Ein vorhandener KaVo Fußanlasser wird saniert bzw. wahlweise ein neuer Fußanlasser geliefert.

Dies kann nur ein Beispiel von vielen sein, da je nach Ausgangsgerät und Kundenwünschen sehr individuelle Zusammenstellungen möglich sind, für die es nur zwei Grenzen gibt: der Umbau muss technisch machbar und bezahlbar sein.

Wer sich für diese Möglichkeit interessiert, ist bei seiner Entscheidung nicht nur auf Anbieter-Informationen beschränkt. Als bundesweit operierende Firma verfügt MEYER Superdenta über einen breit gestreuten Kundenstamm. Jeder Zahnarzt erhält auf Wunsch Adressen von Kollegen aus seiner Umgebung, die z.T. seit Jahren mit runderneuten Einheiten arbeiten und bei denen er sich vor Ort ein Bild von der Tauglichkeit der Geräte und der Zufriedenheit ihrer Nutzer machen kann.

Außerdem gibt es ausführliche Informationen in der MEYER-Superdenta-„Fibel“, erhältlich über

Thomas Hentzschel
MEYER Superdenta GmbH
Tel 06123/9772-0,
www.meyer-superdenta.comm



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

näheres unter www.zahnarzthilfe-kenya.de

Der Herzpatient in der zahnärztlichen Sprechstunde

Dr. med. Fokko de Haan, Solingen

Die gemeinsame Betreuung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen stellt nach wie vor eine große Herausforderung an den behandelnden Hausarzt, den mitbetreuenden Kardiologen und den Zahnarzt dar. Nicht nur die Tatsache, dass jüngere Patienten mit angeborenem Herzfehler oder anderweitigem kardiovaskulärem Krankheitsbild einen nicht unerheblichen Teil des zahnärztlichen Klientels darstellen, sondern auch, dass zunehmend ältere Patienten -zum Teil multimorbide- mit differenzierter kardiologisch-pharmakologischer Betreuung die Sprechstunde des Zahnarztes aufsuchen, erfordert im Einzelfall eine gemeinsame Absprache und Koordination der Behandlungsmaßnahmen, um unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen gleichermaßen für die betreuenden Ärzte als auch für den betroffenen Patienten zu verhindern. Aus diesem Bemühen heraus soll zu einigen ausgewählten Behandlungskonzepten und Krankheitsbildern Stellung genommen werden.

1. Endokarditisprophylaxe

Nach wie vor spielt die Endokarditisgefahr durch Bakteriämie nach diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen im Oropharynx in der zahnärztlichen Sprechstunde eine herausragende Rolle. Seit mehr als 30 Jahren existieren deshalb Richtlinien zur Chemoprophylaxe der bakteriellen Endokarditis, die in den vergangenen Jahren immer wieder mo-

difiziert und angepasst wurden. Dabei sind die Patienten zu unterscheiden, die bezüglich einer bakteriellen Endokarditis zur sogenannten Hochrisikogruppe gehören, wie beispielsweise Patienten nach biologischem oder mechanischem Herzklappenersatz, Patienten nach durchgemachter, infektiöser Endokarditis sowie Patienten mit angeborenen und erworbenen Herzklappenfehlern. Grundsätzlich gilt, dass jede Störung der physiologischen Blutströmung im Herz eine Endothelläsion verursachen kann und damit Ausgangspunkt sein kann für die Bildung appositioneller Thromben. Vorzugsweise besteht bei der Bakteriämie eine besondere Fähigkeit zur Adhäsion. An dieser Stelle sei aber auch darauf hingewiesen, dass es kardiovaskuläre Krankheitsbilder gibt, für die kein erhöhtes Endokarditisrisiko belegt ist. Insbesondere handelt es sich hierbei um alle Formen der koronaren Herzerkrankung, sowohl nach durchgemachtem Herzinfarkt als nach erfolgreicher Koronarintervention oder Bypassoperation.

Aus großen kardiologischen Statistiken behandelter Endokarditispatienten ergibt sich heute wie früher, dass die Verletzung von Haut oder Schleimhäuten, insbesondere im Oropharynxbereich, häufig zur Streptokokkenbakteriämie führt. Im Zusammenhang mit Zahnextraktionen werden in bis zu 90 % der Patienten positive Blutkulturen gefunden, so dass zahnärztliche Eingriffe,

die mit einer Schleimhautverletzung einhergehen, bei gefährdeten Patienten grundsätzlich nur unter dem Schutz einer Endokarditisprophylaxe erfolgen dürfen. Dabei ist besonders darauf hinzuweisen, dass nicht selten noch zwei Wochen nach dem durchgeführten Eingriff eine Endokarditisgefahr besteht, so dass der sorgfältigen Endokarditisprophylaxe eine besondere Rolle zukommt und darüber hinaus der Zahnarzt nach erfolgreicher Behandlung Patienten und Hausarzt darauf hinweisen sollte, dass vorsichtshalber in den nächsten zwei Wochen eine klinische Überprüfung beim Hausarzt oder Kardiologen erfolgen sollte.

Neben den Zahnextraktionen - wobei besonders differenziert werden sollte, ob es sich um eine Extraktion bei Vorliegen von Entzündungszeichen oder ohne Entzündungszeichen handelt - spielen heute eine besondere Rolle die Zahnsteinentfernung und Parodontosebehandlung. Gerade in den Zahnfleischtaschen sind die Erreger, die zur Bakteriämie führen, in hoher Zahl vorhanden.

Alle Empfehlungen zur Chemotherapie bei Eingriffen im Bereich des Oropharynx gehen davon aus, dass es sich um grampositive Bakterienstämme handelt, die einer Behandlung mit Penicillin V oder Amoxicillin, bei Penizillinunverträglichkeit Clindamycin (Sobelin), zugänglich sind. Dabei ist eine einmalige orale Gabe von 2 Mio. Einheiten Penicillin V oder aber 2-3 Gramm Amoxicillin p.o. eine Stunde vor dem Eingriff sowie 6 Stunden nach dem Eingriff anzuraten. Bei Penicillin-Unverträglichkeit werden 600 Milligramm Clindamycin verabreicht, in seltenen Fällen Vancomycin 1 Gramm

i.v. oder Teicoplanin 800 Milligramm i.v. Bei Kindern wird die Dosis jeweils halbiert.

Detailliertere Angaben zur Chemoprophylaxe können den eingangs zitierten Empfehlungen zur Prophylaxe bakterieller Endokarditiden, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung, entnommen werden. Im Einzelfall sollte auch grundsätzlich vor dem Eingriff eine Rücksprache des Zahnarztes mit dem Kardiologen beziehungsweise Hausarzt erfolgen.

2. Anti-Thrombose-therapie bzw. Antikoagulantientherapie

Eine Reihe kardiologischer Patienten nimmt eine orale Dauermedikation mit einem Antithrombotikum aus der Reihe der Cyclooxygenasehemmer (z.B. Aspirin, ASS oder Godamed) oder aus der Reihe der ADP Rezeptor-Antagonisten (z.B. Plavix oder Iscover) ein. Wenn sich bei der zahnärztlichen Behandlung eine Schleimhautblutung oder Zahnfleischblutung nicht vermeiden lässt, muss mit einer stärkeren Blutung gerechnet werden. In der Regel handelt es sich nicht um eine lebensbedrohende Blutung, dennoch kann das Arbeitsfeld des Zahnarztes dadurch beeinträchtigt werden. Es ist daher empfehlenswert, wenn sich der Zahnarzt vor der Behandlung nach einer diesbezüglichen Medikation erkundigt und die Problematik mit dem betroffenen Patienten bespricht. Wenn mit einer größeren Schleimhautblutung oder Zahnfleischblutung zu rechnen ist, kommt ein Absetzen der auslösenden Medikation mindestens sieben Tage

vor dem Eingriff in Betracht. Dies sollte jedoch nur dann erfolgen, wenn es auf Grund des kardiologischen Befundes zulässig und erlaubt ist. Es gibt nämlich kardiologische Gründe, die ein solches Absetzen unbedingt verbieten, wie beispielsweise eine instabile Koronarplaque oder ein Zustand nach kürzlich erfolgter Koronarintervention. Auch hier gilt im Einzelfall die Rücksprache mit dem betreuenden Kardiologen oder Hausarzt.

Nicht wenige Patienten, die die Sprechstunde des Zahnarztes aufsuchen, stehen unter einer dauerhaften Antikoagulationstherapie mit Marcumar (Phenprocoumon) oder seltener Sintrom (Warfarin). In der Regel tragen die Patienten einen entsprechenden Ausweis mit sich, den sich der Zahnarzt vorlegen lassen sollte, denn aus ihm ist ersichtlich, wie stark die Blutgerinnung durch die Antikoagulation aufgehoben worden ist. Je nach Ausmaß des zahnärztlichen Eingriffes mit zu erwartender Schleimhautblutung muss die Blutgerinnung durch Reduktion der Antikoagulationstherapie heraufgesetzt werden. In der Regel gilt, dass ein Quick-Wert von 45 % (entsprechend INR unter 2,0) anzustreben ist, um einen gefahrlosen Eingriff durchzuführen. Auch bei der Antikoagulationstherapie gibt es vergleichbar dem Endokarditisrisiko Patienten, bei denen auf Grund ihres kardiologischen Krankheitsbildes ein Absetzen der Antikoagulation ohne entsprechende Vorsichtsmaßnahme auf Grund eines hohen Embolierisikos verboten ist. Grundsätzlich ist zu beachten, dass auch nach Absetzen von Marcumar etwa drei bis vier Tage verstreichen, ehe die Blutgerinnung ausreichend ansteigt.

Umgekehrt braucht es nach Wiedersetzen der Marcumartherapie drei bis fünf Tage, ehe die niedrige Blutgerinnung wieder erreicht ist. Es hat sich daher grundsätzlich als praktisch erwiesen, folgendes Vorgehen mit dem Patienten zu besprechen: Unter engmaschiger, das heißt übermäßiger Gerinnungsanalyse durch den Patienten selbst oder den Hausarzt soll das Marcumar etwa eine Woche vor dem Eingriff abgesetzt werden. Wird ein Quick-Wert von 45 entsprechend einem INR von weniger als 2,0 erreicht, kann der Eingriff durchgeführt werden, gleichzeitig wird niedermolekulares Heparin subkutan (z.B. Clexane oder Fraxiparin) dem Patienten verabreicht und dies über den Eingriff hinaus auch nach Wiederaufnahme der Marcumartherapie so lange fortgesetzt, bis der Quick Wert über 40 bzw. INR über 2,0 erreicht ist. Detailliertere Angaben sollten den entsprechenden Empfehlungen der Fachgesellschaften entnommen werden. Besonders ist darauf hinzuweisen, dass Mundspülungen mit Tranexamsäure oder Epsilon NHZ Capronsäure unbedenklich sind, da hierdurch die Antikoagulationstherapie nicht beeinflusst wird.

3. Zahnärztliche Eingriffe bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen oder Krankheitsbildern mit potentiellen Rhythmusstörungen

In der zahnärztlichen Sprechstunde werden zur Behandlung gerne schmerzstillende Medikamente auf Lidocainbasis verabreicht. Oftmals sind hierbei Adrenalinzusätze sinnvoll und erwünscht, um eine stärkere lokale Schmerzfremie zu erzielen. Auch wenn grundsätzlich

eine systemische Wirkung bei einer lokalen Verabreichung nicht zu erwarten ist, so kann dies im Einzelfall nicht sicher ausgeschlossen werden. Um zu vermeiden, dass während oder nach der Behandlung entweder "nur" unangenehme, gegebenenfalls auf Grund des kardiologischen Krankheitsbildes aber auch lebensbedrohende Herzrhythmusstörungen auftreten können, sollte der Patient vor der Behandlung ausführlich befragt werden, ob er Medikamente zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen einnimmt, oder ob die Schwere des kardiologischen Krankheitsbildes ein Auftreten lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen wahrscheinlich werden lässt. Bei letzterem wird eine Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt oder Kardiologen der sicherste Weg sein. Im Einzelfall sollte aus Sicherheitsgründen eine EKG-Überwachung während der Behandlung mit Dokumentationsmöglichkeit erfolgen.

4. Patienten mit kardiologischen Krankheitsbildern, die zur Vorsicht beim zahnärztlichen Eingriff mahnen

Patienten mit koronarer Herzkrankheit sind häufig, und im Einzelfall ist nicht auszuschließen, dass durch die Stressbelastung des zu erwartenden zahnärztlichen Eingriffes ein Angina pectoris-Anfall oder ein krisenhafter Blutdruckanstieg eintreten kann. Der Patient sollte also zuvor befragt werden, ob solche Zustände bei ihm bekannt sind. Im Einzelfall ist eine Blutdruckmessung vor dem Eingriff durchzuführen. Falls der Patient über Angina pectoris klagt, ist umgehend eine Nitroglyzerinkapsel 0,8 Milligramm oder ein Nitrolingualspray

zu verabreichen. Danach sollte die Behandlung unterbrochen und der Patient liegend beobachtet werden.

Bei der zahnärztlichen Behandlung sind Streckbewegungen des Halses manchmal nicht zu vermeiden. Es gibt Patienten, bei denen diese Bewegung zu einer Reizung von Nervengeflechten um die großen zuführenden Hirngefäße (sogeannter Karotisinus) führt. Nicht ganz selten und besonders bei älteren Patienten ist dann mit der Möglichkeit und Gefahr eines reflexartigen Herzstillstandes zu rechnen, der bei sofortiger Lösung der Streckung wieder aufgehoben wird. Die Dauer des Herzstillstandes durch diese vagale Reaktion kann schlimmstenfalls zu einer Synkope führen. Zur Vorbeugung sollte der Patient daher befragt werden, ob er Schwindelgefühl verspüre bei Streckbewegungen des Kopfes (z. B. Rasieren oder zum Himmel hinauf Schauen).

Eine Reihe von Patienten - und nicht nur jüngere Frauen - leiden unter „harmlosen“ Kreislaufstörungen im Sinne einer vaso-vagalen Reaktion. Bedingt durch den im Einzelfall etwas schmerzhaften Eingriff durch den Zahnarzt oder auch durch das längere Verharren in halbliegender Position, kann es nach Beendigung der zahnärztlichen Behandlung und Aufrichten des Patienten zu einer solchen Situation kommen. Der Patient schildert starkes Schwindelgefühl und droht zu kollabieren. Umgehend sollte er die Möglichkeit erhalten, sich flach hinzulegen, am besten auf einer Liege im Nebenraum, und die Beine sollten etwa 30' angehoben werden. Er sollte angehalten werden, etwas Flüssigkeit zu sich zu nehmen (z. B. Mineralwas-

ser), und der Blutdruck sollte gemessen werden. Wenn es nicht zu einem größeren Blutverlust während des Eingriffs gekommen ist, erholt sich der Patient in der Regel nach fünf bis zehn Minuten vollständig und kann die Praxis verlassen.

Schlussbemerkung:

Die vorgestellten Behandlungskonzepte und Vorsichtsmaßnahmen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Grundsätzlich ist vor dem zahnärztlichen Eingriff zu empfehlen, sich vom Patienten, evtl. Begleitpersonen, dem Hausarzt oder dem Kardiologen erschöpfende Angaben zum kardiologischen Krankheitsbild einzuholen. Ein Blutdruckmessgerät sollte in jeder Zahnarztpraxis vorhanden sein. Im Einzelfall ist es sicher ratsam, wenn der Patient nur mit einer Begleitperson die Praxis verlässt. Auch wäre es für den betreuenden Hausarzt und Kardiologen eine große Hilfe, wenn der Zahnarzt sie durch einen Vermerk über den durchgeführten Eingriff und die verwandten Medikamente, beispielsweise auf einem Rezeptzettel, informiert.

Wie bereits eingangs erwähnt gilt es, im Vorfeld wie in der Nachbehandlung eines zahnärztlichen Eingriffes durch Kontaktaufnahme mit Patient, Hausarzt und gegebenenfalls Kardiologen Komplikationen zu vermeiden und höchste Sicherheit zu garantieren.

Osteopathie und Zahnmedizin

E. Fiedler, Berlin

Osteopathie ist eine Therapieform, die auf die verschiedensten Bereiche des Organismus einwirkt. Es können sowohl Funktionsstörungen des Bewegungsapparates als auch Fehlfunktionen von Organsystemen behandelt werden. Der ganzheitliche Ansatz der Osteopathie geht davon aus, dass derartige Funktionsstörungen zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen können. Die Osteopathie als manuelle Therapieform diagnostiziert und therapiert mit bestimmten Griffen Blockaden im Körper, wobei lokale Blockaden unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit in Bezug zu anderen Körperregionen gesehen werden.

Für den Begründer der Methode, den amerikanischen Arzt Dr. Andrew Taylor Still (1828 – 1917), war eine der wichtigsten Grundlagen des Lebens die Beweglichkeit des Organismus. Bei seinen Patienten konnte Dr. Still regelmäßig Einschränkungen der Beweglichkeit der durch Krankheit betroffenen Gewebe (z.B. der Lungenbeweglichkeit bei Lungenentzündungen), aber auch Bewegungsverluste der Wirbelsäule oder Einschränkungen des Schultergelenkes bei Schulterproblemen ertasten. Diese versuchte er in der Therapie wieder zu mobilisieren, um durch eine Optimierung der arteriellen Durchblutung und des venösen und lymphatischen Abtransports von Stoffwechselprodukten eine Selbstheilung zu ermöglichen. Dr. Still war von der Wechselbeziehung von Struktur und Funktion überzeugt,

ebenso von der Idee, dass abnormer Druck oder Spannung in einem Teil des Körpers abnormale Druck- und Spannungsphänomene in einem anderen Teil des Körpers produzieren.

Daher klärt der Osteopath z.B. bei Problemen im Kiefergelenk ab, ob Blockaden in den Halswirbeln, im Schädelbereich oder im Becken dafür ursächlich sind, oder ob Kopfschmerzen ihre Ursache in einer Dysfunktion des Kiefergelenks haben. Fehlstellungen des Gebisses können Dysfunktionen umliegender Muskelpartien hervorrufen, die sich dann z.B. in der HWS manifestieren, aber auch Auswirkungen auf ferner gelegene Abschnitte der Wirbelsäule haben können. Doch ist auch der umgekehrte Weg vorstellbar.

Daraus lässt sich folgern, dass parallel zu prothetischen Rekonstruktionen auch das Kausystem entlastet werden sollte, da sonst der langfristige Erfolg gefährdet sein kann, wenn z.B. ein pathologischer Muskelzug der HWS weiterhin bestehen

bleibt und das Gleichgewicht stört. Auch bei chronischen „Knirschern“ wäre abzuklären, ob z.B. Blockaden in der Funktionskette HWS /Becken die Ursache der Spannungen im Kiefergelenk sind.

Aus diesen sehr kurz gefassten Ausführungen soll ersichtlich werden, dass eine osteopathische Behandlung vor allem bei komplikationsreichen Kiefer- und Zahnbehandlungen als begleitende Therapie für den Patienten von großen Nutzen sein kann. Andererseits sollte der Osteopath bei rezidivierenden Beschwerden grundsätzlich auch an eine Zahnproblematik denken.

Elke Fiedler, Heilpraktikerin, ist seit mehr als 15 Jahren als Osteopathin und Tai Chi- und Chi Gong-Lehrerin tätig. 11 Jahre Tätigkeit in Südfrankreich, u.a. in Perpignan mit Bernard Darraillons (Osteopath) und Michel Clauzade (Zahnarzt), Autoren eines umfangreichen Fachbuches über Okklusion. Sie lebt und arbeitet seit 3 ½ Jahren in Berlin-Schöneberg.

Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Th. Wagner, Berlin

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in den Industrieländern eine der häufigsten Todesursachen dar. Zahlreiche Risikofaktoren dieser Erkrankungen sind im Laufe der Zeit identifiziert worden. Hierbei spielen Hyperlipidämie, Rauchen, Hypertonie und Diabetes mellitus eine entscheidende Rolle. Jedoch kann die Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht vollständig durch die bekannten Risikofaktoren erklärt werden.

Betrachtet man die Verschlusskrankheiten der arteriellen Gefäße mit der Folge des Herzinfarkts bzw. des Schlaganfalls, so liegt diesen Erkrankungen pathophysiologisch eine Atherosklerose zu Grunde. In der Ätiologie der Atherosklerose stellt die Verletzung bzw. Irritation der Arterieninnenwand das initiale Ereignis dar. Diese Störung kann durch Entzündungsmediatoren bzw. Bakterien ausgelöst werden. In jüngster Zeit

werden daraufhin neue Risikofaktoren diskutiert. Hierbei stellen die chronischen Entzündungen einen zentralen Forschungsschwerpunkt dar. An dieser Stelle läßt sich auch die Parodontitis einordnen. Parodontitis marginalis ist eine chronisch verlaufende entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates. Spezielle parodontalpathogene Keime und deren Lipopolysaccharide lösen unter bestimmten Bedingungen eine Entzündungskaskade im Parodontium aus, die einen marginalem Knochenabbau zur Folge hat.

Uns liegen Untersuchungsergebnisse vor, die aufzeigen, dass bei parodontal erkrankten Patienten systemisch von einer Erhöhung spezieller Entzündungsparameter (C-reaktives Protein, Fibrinogen, Leukozyten) ausgegangen werden kann. Auch konnten in atherosklerotisch veränderten Gefäßabschnitten parodontalpathogene Keime nachgewiesen werden. Dies könnte eine Erklärung für einen eventuell bestehenden Zusammenhang zwischen Parodontitis und Atherosklerose darstellen. Wie stark dieser Zusammenhang ist, zeigen uns epidemiologische Studien. Langzeitstudien mit Blick auf die Beziehung zwischen Parodontitis und koronarer Herzerkrankung (arterielle Verschlusskrankheit der Herzkranzgefäße) weisen entweder keine oder nur eine geringfügige Risikoerhöhung auf, bei vorhandener Parodontitis an einer koronaren Herzerkrankung zu erkranken. Studien, die sich hingegen dem Schlaganfall in Verbindung mit parodontaler Erkrankung widmen, zeigen eine stärkere Risikoerhöhung (2-3fach erhöht) auf. Der Einfluss der parodontalen Entzündung auf die Wahrscheinlichkeit, einen Schlaganfall zu erleiden, ist

somit ausgeprägter. Für diese scheinbar differente Auswirkung der parodontalen Entzündung auf die koronare Herzerkrankung und den Schlaganfall gibt es zur Zeit noch keine hinlängliche Erklärung. Problematisch bei den vorliegenden Studien ist jedoch, dass für die Erhebung der Schwere der parodontalen Erkrankung nur in wenigen Fällen die Sondierungstiefen ermittelt wurden. Zum anderen wurden beeinflussende Faktoren (bekannte Risikofaktoren für Atherosklerose) ungenügend bzw. nicht berücksichtigt. Hierdurch werden die gewonnenen Ergebnisse verfälscht.

Da bis zum heutigen Zeitpunkt noch keine Interventionsstudie vorliegt, die aufzeigt, dass durch die erfolgreiche Therapie der Parodontitis die Inzidenz der atherosklerosebedingten Herzkreislauf-Erkrankungen abnimmt, kann nicht von einem kausalem Zusammenhang zwischen Parodontitis und Atherosklerose gesprochen werden.

**Redaktionsschluß forum 82
10. Oktober 2003**

Redaktionsleitung:

Dr. Jörg Hendriks

j.hendriks@arcormail.de

Hagebuttenweg 2
26603 Aurich

Schwerpunkt: Alterszahnheilkunde

Audiatur et altera pars.

Es ist gerade mal 4 Jahre her, dass ich erstmals zum Präsidenten unserer Zahnärztekammer gewählt wurde. Damals habe ich mich sehr bewusst zur Mitgliedschaft im DAZ bekannt, wohl wissend, dass mich die Berliner DAZ-Delegierten nicht gewählt hatten. Mein Angebot u.a. an den DAZ-Berlin, in eine Koalition einzutreten, scheiterte an der Bedingung, nur gemeinsam mit der Fraktion Gesundheit (= VDZM-Berlin) eine Koalition zu bilden. Ein polemischer offener Brief des DAZ-Bundesvorsitzenden rundete den Vorgang ab. Eine Koalition meines Verbandes der Zahnärzte von Berlin mit dem FVDZ-Berlin war die Folge, aus meiner Sicht nachträglich eine für Berlin richtige Entscheidung! Mein Austritt aus dem DAZ war dann logisch.

Das von mir sehr geschätzte DAZ-Forum ist sich seit der DAZ-Kooperation mit BUZ nicht zu schade, sich vor den Berliner berufspolitischen Karren spannen zu lassen. Der Kollege Nachtweh nutzte das Blatt u.a. für einen offenen Brief an mich, diverse Wahlkampfartikel folgten, und nun analysierte Kollege Nachtweh auch noch den Wahlausgang 2002.

Ich möchte seine Äußerungen, DAZ und BUZ hätten einen fairen Wahlkampf geführt, nicht kommentieren, man kann es ja nachlesen (Beiträge der Kollegen Kampmann, Nachtweh, Schütte).

Ich vermisse bei einem Autor mit so hochgesteckten Ansprüchen an die Mitbewerber die Selbstkritik. Die letzten beiden Wahlen haben aus BUZ als füh-

render Gruppierung in unserer Kammer eine Splittergruppe (3 von 47 Mandaten) werden lassen und das unter der Verantwortung des Kollegen Nachtweh. Erstaunlich ist auch sein Versuch, wieder wie vor 4 Jahren eine mögliche Koalition zwischen meinem Verband und den „kleinen“ Gruppierungen zu beschreiben. Fehlerhaft wurden von ihm meinem Verband 20 statt wirklicher 18 Sitze in der 47 Sitze umfassenden DV-Berlin zuerkannt. Anders als vor 4 Jahren verzichtete er jetzt auf die Bedingung, die Fraktion Gesundheit einbinden zu müssen. Dafür sollte eine neue Gruppierung, ein reine Klagegemeinschaft gegen die Körperschaften, einbezogen werden, eine abenteuerliche Vorstellung. Mit DAZ und BUZ hätte es eine hauchdünne Mehrheit von 24 Sitzen geben können. BUZ haben stets deutlich gemacht, was sie von den handelnden Personen des Verbandes der Zahnärzte von Berlin halten, und der DAZ-Berlin hat es noch nicht einmal geschafft, sich zu den Gemeinsamkeiten im Sozialbereich zu bekennen. Wie hätte das wohl zum Wohle der Berliner Zahnärzteschaft funktionieren sollen? Bei aller Sympathie für viele DAZ-Urgesteine, in Berlin ist von mir kein Hoffnungsträger zu erkennen.

Das DAZ-Forum sollte aufpassen, den guten Ruf im Dschungel der Berliner Szene und speziell der dortigen Oppositionsecke nicht einzubüßen.

Dr. Christian Bolstorff

im Februar 2003

Buchbesprechung:

Herbert Michel:
Strukturierte Prophylaxe

Helix-Verlag München
ISBN 3-927930-14-8
Preis: 162 EUR incl. CD-Rom

In diesem textstarken Buch wurden zunächst sehr gewissenhaft die Grundlagen der Prophylaxe zusammengetragen, wobei sowohl zahnmedizinische als auch kommunikative Aspekte ihren Platz haben. Doch bereits in diesem Theorieteil erkennt man immer wieder, dass das Buch von einem Praktiker und Teamchef für andere Praktiker bzw. Praxen geschrieben wurde. In diesem Sinne dürfte der Teil über die „Umsetzung der individuellen Prophylaxe in der täglichen Praxis“ der wertvollste gerade für den Einsteiger auf diesem Gebiet sein. Es werden keine Fragen offen gelassen, von detaillierten Konzeptbeschreibungen über Teamfragen bis hin zu betriebswirtschaftlichen und steuerlichen Aspekten ist alles erwähnt.

Jörg Hendriks

Jean-Francois Roulet,
Stefan Zimmer:
Farbatlanten der Zahnmedizin 16
Prophylaxe und Präventivzahnmedizin

Hrsg.: K. H. Rateitschak, H. F. Wolf
Thieme-Verlag 2003
ISBN 3-13-135651-0
Preis: 229 EUR zzgl. Versandkosten

Inzwischen gibt es viele Prophylaxebücher und -Konzepte. Das vorliegende Exemplar versucht, die wissenschaftlichen

Grundlagen der Prophylaxearbeit durch Bilder zu vermitteln und verständlich zu machen. Dabei werden lückenlos sämtliche Komponenten einer modernen Karies- und Parodontitisprophylaxe vorgestellt. Doch der Prophylaxebegriff wird auch noch wesentlich weiter gefasst: Auch präventive Aspekte in der restaurativen Therapie, der Kieferorthopädie bis hin zur Praxishygiene finden in eigenen Kapiteln ihre Berücksichtigung. Damit liefert das Werk auf hohem Niveau Hintergründe, die praxisbezogene Prophylaxebücher manchmal vermissen lassen.

Der Buchteil „Prophylaxe im Praxisalltag“ stellt wichtige Komponenten für erfolgreiche Prophylaxearbeit vor. Eine detaillierte Anleitung, wie man Prophylaxe konzeptionell in die eigene Praxis integrieren kann, sollte man allerdings von diesem Basiswerk nicht erwarten.

Jörg Hendriks

Nachtrag zu einer Buchbesprechung:

Zahnheilkunde in Checklisten
Diagnose- Therapie- Materialien
- Instrumente

Hrsg.: Joachim Tinschert
Spitta-Verlag
Preis: 128 EUR zzgl. Versandkosten

Im Forum 79 musste ich die Besprechung dieses Werks noch mit dem Wermutstropfen abschließen, dass das Kopieren oder Ergänzen/Verändern der Checklistenvorlagen nach individuellen Praxisanforderungen leider nicht möglich war. Dies wurde nun nach Auskunft des Verlags geändert. Damit ist aus der guten Idee nun auch eine wertvolle Praxishilfe geworden.

Jörg Hendriks

Ansichten

Leben am Lietzensee

von Irene Frisch

Preis 12,80 Euro, ISBN 3-932482-90-5

Das Wohngebiet um den Lietzensee in Berlin-Charlottenburg gehört bis heute zu den bevorzugten Wohnadressen Berlins, seit jeher bewohnt von Künstlern und Intellektuellen.

Irene Frisch, die selber in Charlottenburg lebt und an einer Schule unterrichtet, erzählt die Geschichte von See, Park, Häusern und ihren Bewohnern, von der bislang vielen nur wenig bekannt ist. Zu den interessantesten Kapiteln gehören die Schilderungen früherer Besitzer und ihrer Bemühungen um das Gelände. Darunter General Wilhelm von Witzleben, dessen Haus am See sich damals zu einem beliebten Treffpunkt der Berliner Gesellschaft entwickelte. Unter dem Kunstgärtner Ferdinand Deppe wurde der Park zu einem weit über Charlottenburg hinaus bekannten Rosen- und Georginen-Paradies gestaltet.

Die Autorin berichtet auch über die Straßen am Lietzensee, die weitere Umgestaltung des Parks durch Erwin Barth, über die Schulen, das Gerichtsgebäude am Witzlebenplatz und einige jüdische Einrichtungen. Die Zeit des Nationalsozialismus bleibt nicht ausgespart.

Berichte einiger prominenter Bewohner, darunter die Schriftsteller Hans Scholz, Georg Heym und Margret Boveri, geben einen lebendigen Einblick in das Leben am Lietzensee vor und nach dem zweiten Weltkrieg.

Bei ausgedehnten Spaziergängen um den Lietzensee ist das Buch ein willkommender Führer, der den Leser verführt, Häuser und Skulpturen aufzusuchen, um vor Ort die Geschichte und Entstehung nachzulesen.

Eigentlich ist das Buch ein Muss für die Charlottenburger Kollegenschaft, ein Bekenntnis zu ihrem Kietz, auch weil die Schilderungen aus der neueren Zeit mit eigenen Erinnerungen belebt werden können. Für alle anderen Geschichtsinteressierten stellt das Buch eine große Bereicherung für das Allgemeinwissen dar. Peter Nachtweh, Berlin

Termine

30.05.-01.06.2003, Universität Tübingen: Bundesfachschaftstagung Zahnmedizin 2003 unter dem Thema „Auf zu neuen Ufern - Ideen für eine echte Gesundheitsreform“ (www.bufata-tuebingen.de)

04.06.2003, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch

19.-21.06.2003, Berlin: Kongress „Europerio 4“ der European Federation of Periodontology

24.06.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

25.-25.06.2003, Berlin/Sorat Hotel Spree-Bogen: afgis-Kongress (afgis = Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem, Infos Tel. 030/61401028)

04./05.07.2003, Koblenz: 17. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie zum Thema: „Auf dem Weg in die digitale Zahnarztpraxis - sinnvoller Einsatz computergestützter Arbeitsmittel bei der Patientenbehandlung und bei der Praxisorganisation“ (E-Mail secretary.esde@skynet.be)

25.06.2003, Berlin: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (www.hauptstadtkongress.de)

26./27.06.2003, Karlsruhe: Fortbildungstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zum Thema: „Verbesserung von Motivation und Kompetenz bei Betroffenen und Multiplikatoren in der Gruppenprophylaxe“ mit Vorträgen und Workshops (Tel. 0228/694677)

24.07.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

21.08.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

03.09.2003, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch

10./11.09.2003, Karlsruhe: Fortbildungstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zum Thema: „Verbesserung von Motivation und Kompetenz bei Betroffenen und Multiplikatoren in der Gruppenprophylaxe“ mit Vorträgen und Workshops (Tel. 0228/694677)

18.09.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

25.09.2003: Bundesweiter Tag der Zahngesundheit unter dem Motto „Zähne sind ein Team, sie gehören zusammen“

27.09.2003, Berlin/Dietrich-Bonhoefer-Haus: DAZ-Jahrestagung: 10.00 Uhr Fachreferat von Prof. Dr. Reiner Biffar, Greifswald, zum Thema: „Das stark reduzierte Restgebiss – aus der Sicht des Individuums und aus der Sicht der Gesellschaft“; 14.00 Uhr DAZ-Jahreshauptversammlung mit Vorstandswahlen

08.10.2003, Köln/KZBV: Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ (Tel. 0228/694677)

23.10.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

11.-12.11.2003, Berlin: Deutscher Zahnärztag mit Bundesversammlung am 11.11.2003 und Festveranstaltung zum 50jährigen Bestehen der Arbeitsgemeinschaft der Zahnärztekammern am 12.11.2003

20.11.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

03.12.2003, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch

18.12.2003: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

Nähere Informationen unter:

Tel.: 0221/973005-45,

Fax: 0221/7391239,

Mail: daz.koeln@t-online.de

Das Ziel im Blick behalten

DAZ-Aktivitäten im Vorfeld der Gesundheitsreform

Im Jahr 2003 steht Deutschland - wie meist in den letzten zwei Jahrzehnten - kurz vor einer Gesundheitsreform, einer ganz grundlegenden natürlich. Zahnärzte sind von dem geplanten Gesetz, das entscheidende Veränderungen auf der Beitrags- wie auf der Leistungsseite bringen soll (u.a. sollen milliarden schwere Teilbereiche aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen, steuerfinanziert oder ganz gestrichen werden), in mehrfacher Weise betroffen: als Bürger, als Arbeitgeber, als Ansprechpartner und Betreuer ihrer Patienten und als Leistungserbringer und Unternehmer.

Für den zahnmedizinischen Bereich hatte die Regierungskoalition zunächst kaum Änderungen ins Auge gefasst, während von der Opposition radikale Vorschläge vorgelegt wurden und werden, die bis hin zur Ausgrenzung der gesamten Zahnbehandlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) reichen. Dies war uns im DAZ Anlass, mit eigenen Stellungnahmen in die Debatte einzusteigen und eine Lanze zu brechen für den Erhalt zahnmedizinischer Leistungen einschl. Zahnersatz im Solidarsystem. Denn zum einen wird der Wegfall der Solidarfinanzierung zur Absenkung des Versorgungsniveaus bis hin zu krasser Unterversorgung bei Teilen der Bevölkerung führen - es sei denn, es würden jahrzehntelang geltende Übergangsregelungen und Härtefallklauseln geschaffen, die die gewünschten Einsparungen deutlich schmälern dürften. Zum anderen führt Privatisierung als solche nicht dazu, dass das Vorsorgeverhalten verbessert und die

Versorgung wirtschaftlicher wird.

Als Beleg dieser Aussagen veröffentlichen in diesem Monat (Mai 03) Prof. Kerschbaum, Köln, und Prof. Staehle, Heidelberg, in der DZZ einen Vergleich der Zahngesundheit in der Schweiz und in Deutschland, der den Mythos vom Vorsprung privat finanzierter Gesundheitssysteme ein Stück weit entzaubern dürfte. Zugegeben - unser Nachbarland hat eine vorbildliche Prophylaxetradition im Bereich der Kinder und Jugendlichen, doch bis zum mittleren Erwachsenenalter verschwindet der Vorsprung. Obwohl die Schweiz (im Gegensatz zur BRD) keine landesweiten repräsentativen Daten vorweisen kann, sondern immer nur durch den reichen Kanton Zürich vertreten wird, schneiden deutsche Erwachsene und alte Deutsche in Punkto Mundgesundheit ebenso gut oder schlecht wie die Schweizer entsprechenden Alters ab. Und wenn man noch die Niederländer heranzieht, deren Sozialsystem uns oft als Vorbild vorgehalten wird, dann findet man unter niederländischen Senioren 65% Zahnlose; bei uns lt. DMS III dagegen nur 24%. Kein Wunder - in den Niederlanden gibt's keine bezuschusste Prothetik außer Totalprothesen. Billiger mag das ja sein, aber ein Beweis für die präventionsfördernde Wirkung privatisierter Gesundheitsleistungen ist das ebenfalls nicht.

Deutschland steht, wenn man die Verbesserung der Mundgesundheit in den letzten Jahren, das allgemeine zahnmedizinische Versorgungsniveau und speziell die Versorgung mit Zahnersatz betrachtet, im internationalen Vergleich nicht schlecht da, hat allerdings auch die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnmedizin. Insofern liegt es auf der Hand, dass bei der Suche

nach Sparmöglichkeiten die Zahnmedizin nicht ausgeklammert werden kann. Auch im DAZ hat man sich die Frage gestellt, auf welche bisher solidarisch finanzierten Leistungen eher als auf andere verzichtet werden kann. Eine Arbeitsgruppe hat den BEMA durchforstet - unter der Prämisse, dass Ausgrenzungen nicht das Bemühen um Prävention und Früherkennung konterkarieren dürfen und sozial vertretbar sein müssen. Unser Fazit: auf keinen Fall lässt sich ein Sparvolumen erzielen, das geeignet wäre, die andernorts vorhandenen Milliardenlöcher zu stopfen. Und da andere Medizinbereiche ebenfalls überwiegend sinnvolle und notwendige Leistungen beinhalten, gilt es zu folgern: Die GKV ist nicht durch Leistungsbegrenzungen sondern nur durch die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen und die Verbreiterung der Einnahmehasis zu sanieren.

Eine andere Arbeitsgruppe unseres Verbandes hat sich - angeregt durch drei Berliner Zahnärztinnen, deren Appell in diesem Forum dokumentiert ist (Seite 14) - der Situation der Kinder und Jugendlichen angenommen. Trotz aller Fortschritte in den letzten Jahren werden bestimmte Bevölkerungsgruppen nach wie vor von Präventions- und Therapieangeboten nicht erreicht. Und selbst in Regionen mit gut ausgebauter Gruppenprophylaxe gibt es Kinder mit kranken Zähnen, deren Familien aus Unwissenheit, Angst oder Überforderung den Zahnarztbesuch unterlassen. Wir arbeiten weiter an der Frage, wie man diese Personenkreise besser als bisher motivieren kann; Vorschläge sind willkommen.

Beim Thema Kinderbehandlung (das Schwerpunkt der Ausgabe 80/2003 des DAZ-Forum war) gilt es, noch einen 2. Aspekt zu sehen: Behandlungsbedürftige

Kinder, die - im Gegensatz zu den oben genannten - den Weg zum Zahnarzt finden, werden nicht unbedingt adäquat versorgt. Dabei gibt es heute bewährte Methoden und Materialien, mit deren Hilfe im Milchgebiss Füllungen, endodontische Behandlungen, Überkronungen, das Offenhalten von Lücken usw. realisiert werden können. Noch nicht abgeschlossen ist im DAZ die Diskussion darüber, ob eine Verbesserung der Kinderbehandlung die stärkere Spezialisierung der Zahnärzte (vgl. Forum 80, Seite 24 ff) und gesonderte Honorare erfordert.

Nachdem über Monate in den Reformvorschlägen der Regierungsseite der Bereich zahnmedizinischer Leistungen eine ganz untergeordnete Rolle spielte, wurde unmittelbar vor Fertigstellung dieser Forum-Ausgabe und knapp vor unserer Frühjahrstagung am 10.05.2003 in Frankfurt ein veränderter Gesetzentwurf des Gesundheitsministeriums veröffentlicht, der Regelungen zur Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz enthält. Festzuschüsse sind eine Forderung der zahnärztlichen Standesvertretungen seit Jahren. Auch der DAZ sieht sie als sinnvolle Alternative für einen Teil der zahnärztlichen Leistungen, insbesondere in der Prothetik.

Der Schwenk des Ministeriums ist offensichtlich so kurzfristig und überraschend erfolgt, dass der gesundheitspolitische Referent unserer Frühjahrstagung, der SPD-Abgeordnete und Gesundheitsausschuss-Vorsitzende Klaus Kirschner, Mühe hatte, ihn zu kommentieren. Inzwischen ist Frau Schmidts Entwurf im Internet zu finden und scheint nach Meinung der KZBV eine Neuauflage des unter Seehofer eingeführten Konzepts therapie-bezogener Festzuschüsse zu sein. Man kann ihn aber

auch als Kompromiss zwischen einem befund- und einem therapie-bezogenen Ansatz verstehen. Denn im Gesetzentwurf ist davon die Rede, dass die Zuschüsse für noch zu definierende „Leistungskomplexe“ gebildet werden sollten. Dies könnte eine Annäherung an das von zahnärztlicher Seite favorisierte System nicht therapie-, sondern befund-bezogener Zuschüsse sein. Denn wenn man einem bestimmten Befund, für den es ggf. mehrere verschiedenen aufwändige Therapiemöglichkeiten gibt, einen einzigen Leistungskomplex mit einem festen Zuschuss (in der Höhe orientiert an einer durchschnittlich teuren oder sogar der billigsten Therapievariante) zuordnen würde, so hätte man schon etwas ähnliches wie das befundorientierte System der KZBV.

Deutlich anders als von zahnärztlicher Seite vorgeschlagen sind allerdings die Rahmenbedingungen. Da ist nicht von Kostenerstattung und GOZ die Rede, vielmehr soll Zahnersatz wie bisher Sachleistung bleiben und über den BEMA abgerechnet werden. Bonus- und Härtefallregelungen werden fortgeschrieben. Zahnärzte sollen kostenfrei einen Heil- und Kostenplan erstellen, mit zwei zahntechnischen Angeboten und eindeutigen Angaben zum Herstellungsort der prothetischen Arbeiten, die Kassen haben Prüf- und Beratungspflichten. Begleitleistungen wie Röntgen werden wie bisher abgerechnet; über die Kassenbehandlung hinausgehende Leistungen sind möglich und werden dem Patienten zusätzlich in Rechnung gestellt. In Bezug auf Implantate ist keine Lockerung zu erkennen: nach wie vor dürfen Suprakonstruktionen nur in eng eingegrenzten Ausnahmefällen bezuschusst werden - eine aus Patientensicht zu bedauernde Regelung.

Mit diesem Vorstoß der Regierung werden wir im DAZ uns in der nächsten Zeit auseinandersetzen - ebenso wie mit den Paragraphen, die die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und auch die Selbstverwaltung von (Zahn-)Ärzten und Kassen betreffen. Die zahnärztlichen Körperschaften hatten und haben bisher weite Gestaltungsräume, und haben sie zum Teil nur unzulänglich genutzt. Aber die jetzt geplanten Regulierungen setzen nicht an den Wurzeln des Problems an. Sie erwecken den Eindruck von hilflosem Aktionismus und dienen offensichtlich, wie viele andere Bestimmungen des Gesetzentwurfs, in erster Linie dazu, für den Fall eines Falles die Eingriffsmöglichkeiten übergeordneter Behörden zu sichern.

Wenn man aber das Fortbildungsniveau der Zahnärzte heben, wenn man Qualitätssicherung und Prophylaxeorientierung voranbringen will, dann ist das Hineinregieren in alle möglichen formellen Dinge sicher nicht der geeignete Weg. Ob es um die Beschränkung der Vertreterzahlen, die Hauptamtlichkeit und Amtsdauer der KZV-Vorstände, den Ausschluss der außerordentlichen Mitglieder, die Beschneidung der KZV-Kompetenzen im Bereich Honorarverteilung geht - durch solche Maßnahmen wird man garantiert nicht zu einer besseren oder kostengünstigeren Zahnheilkunde kommen!

Inwieweit die seit langem diskutierten und jetzt vorgesehenen Einzelverträge den erhofften Wettbewerb, geringere Kosten und bessere Behandlungsqualität bringen werden, steht noch in den Sternen.

DAZ und BUZ werden jedenfalls nicht ungerüstet in diese Situation gehen. Im aktuellen Forum-Heft finden Sie einen Beitrag

des stellvertretenden DAZ-Vorsitzenden Dr. Riedel über ein im Werden begriffenes und auch für Interessenten außerhalb des DAZ offenes Qualitäts-Sicherungs-Projekt, mit dem Zahnärzte sich als Gruppe gegenüber potentiellen Nachfragern / „Einkäufern“ positionieren können. Wir denken: Wenn es schon eine Veränderung der Vertragsstrukturen geben soll, dann können Angebote von auf bestimmte Kriterien verpflichteten zahnärztlichen Gruppierungen als Gruppenverträge eine Alternative zu Monopolverträgen einerseits und Einzelverträgen andererseits bilden und vielleicht frischen Wind in die Versorgungs- und Vertragslandschaft tragen.

Ganz wichtig ist dabei auch, dass wir uns nicht nur als passiv Betroffene von immer neu erfolgenden staatlichen Eingriffen sehen. Hier liegt vielleicht ein genereller Mangel in unserer Gesellschaft. Viel zu viele fühlen sich dem, was „die da oben“ machen, hilflos ausgesetzt, erwarten positive Veränderungen nur von anderen und bringen ihre eigenen Möglichkeiten nicht zum Einsatz, kennen sie vielleicht noch nicht einmal. Da wollen wir uns nicht einreihen: Wir warten nicht ab - wir werden selber aktiv.

Das DAZ-Projekt nimmt sich übrigens, obwohl es längst vor den Eckpunkten zur aktuellen Gesundheitsreform konzipiert wurde, verschiedener Probleme an, die auch in Entwürfen der Regierungskoalition thematisiert werden. So sieht man auch im DAZ die Gefahr der zunehmenden Kommerzialisierung weite Teile der Medizin und Zahnmedizin. Ebenfalls sieht man das sehr unterschiedliche Fortbildungsverhalten der Kollegenschaft. Praxisorientierte strukturierte Fortbildung, Firmen-unabhängig und auf fachliche Qualifizierung ausgerichtet,

muss fester Bestandteil im Berufsalltag des Zahnarztes sein. Ein sinnvoller Weg, der Kommerzialisierung gegenzusteuern und für Qualität zu sorgen, sind aus DAZ-Sicht die freiwillige Verpflichtung auf bestimmte Grundsätze, das Offenlegen dieser Grundsätze gegenüber Patienten, Kollegen und Kassen, gegenseitige Unterstützung und Kritik in einer Gruppe, die Etablierung von Beratungs- und Fortbildungsangeboten und gruppeninterne Kontrollen.

Das Wichtigste bei allem ist es, dass Zahnärzte Inhalt und Ziel ihrer Arbeit nicht aus den Augen verlieren. Hauptadressaten sind für sie nicht die Politiker, nicht die Krankenkassen. Sondern sie arbeiten für ihre Patienten. Ziel ist es, die Patienten gut zu betreuen, ihnen zu mehr Gesundheit und Lebensqualität zu verhelfen.

Hoffen wir, dass die Gesundheitspolitik das nicht unnötig erschwert! Und dass der DAZ eher zur Erleichterung beitragen kann.

In diesem Sinne als Anregung und Unterstützung für Ihre Arbeit gedacht ist das (kostenlose) Fortbildungsangebot unserer nächsten Tagung am 27.09.2003 in Berlin. Prof. Dr. Rainer Biffar aus Greifswald referiert über „Das stark reduzierte Restgebiss - aus der Sicht des Individuums und aus der Sicht der Gesellschaft“ (siehe Seite 17). Sie werden hören, welche Lösungen die zahnmedizinische Wissenschaft für Menschen mit reduziertem Zahnbestand bereit hält, und wir werden diskutieren, wie wir die fachlichen Möglichkeiten in unser reales Versorgungssystem einordnen können.

Sie sind herzlich eingeladen!

Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin

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 030 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, E-Mail w.i.schempf@web.de

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 ropers.gellrich@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
thomas@murphy-hamburg.de

Nordrhein

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

Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Untertaxeweg 124,
82131 Gauting, 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 RolfToedtmannt@t-online.de;
Dr. Roland Ernst,
E-Mail Ernst.Roland@t-online.de

Rheinhessen

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

Schleswig Holstein

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

Thüringen

Dr. Bernd Kröplin, Leine Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt,
Tel./ Fax 03606 619518,
E-Mail MKroepelin@aol.com

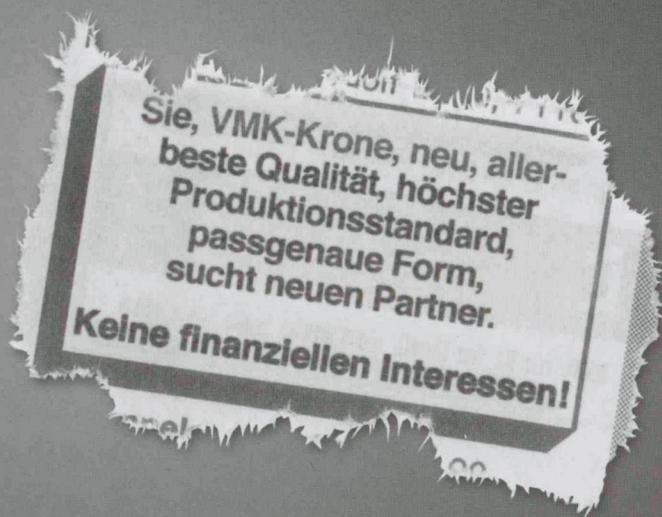
Westfalen - Lippe

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

Passt zu Ihnen!



Nach unserer Qualität müssen Sie nicht lange suchen.

Preislich als auch qualitativ bietet PERMADENTAL die optimale Lösung in Sachen Zahnersatz – und das seit mehr als 15 Jahren.

PERMADENTAL liefert Ihnen die preiswerte Alternative für Patienten. Innovation, Fortschritt und Ästhetik – unter diesen Gesichtspunkten werden unsere Produkte entwickelt und unterliegen einer ständigen Kontrolle.

Wir gewähren Ihnen 3 Jahre Garantie auf unsere Produkte mit bis zu 50% Preisvorteil und einen unkomplizierten, schnellen Service.



Mit Sicherheit – PERMADENTAL!

V **PERMADENTAL**
ZAHNERSATZ

Postfach 10 07 24 • 46427 Emmerich
www.permadental.de

E-Mail: info@permadental.de

freecall 08 00 - 7 37 62 33

IP4

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) werden Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. elmex® fluid) als Sprechstundenbedarf verordnet.

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

elmex® fluid ist eine Aminfluoridlösung zur Kariesprophylaxe, zur Prophylaxe von Sekundär-Karies und zur Unterstützung der Therapie initialer Kariesläsionen. Für Kinder und Jugendliche wird elmex® fluid im Rahmen der IP 4 zur Schmelzhärtung und Unterstützung der posteruptiven Schmelzreife eingesetzt.



Vorteile für die Praxis

- elmex® fluid lässt sich leicht und schnell auftragen
- kein Trockenlegen der Zähne
- keine Wartezeit nach der Behandlung
- keine optische Veränderung der Zähne
- elmex® fluid ist kostengünstig

Die einmalige Anwendung von elmex® fluid führt zu einer erhöhten Remineralisation von initialen Kariesläsionen.

Buchalla und Mitarbeiter zeigten die Remineralisation von Schmelzläsionen durch elmex® fluid in einer In-situ-Studie. Die Schmelzproben wurden einmalig für 20 Sekunden mit elmex® fluid behandelt. Nach 5 Minuten sowie nach 1, 2, 3 und 4 Wochen wurde jeweils eine Probe entnommen und der Fluorid- und Mineralgehalt bestimmt.

elmex® fluid

Zusammensetzung:

100 g elmex® fluid enthalten: Aminfluoride Dectraflur 1,150 g, Oclafur 12,126 g (Fluoridgehalt 1 %), gereinigtes Wasser, 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® fluid nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen:

In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

Packungsgrößen und Preise:

20 ml Lösung € 9,00 (apothekenpflichtig),
50 ml Lösung € 21,00 (apothekenpflichtig).

Stand: Januar 2003



GABA GmbH
Spezialist für orale Prävention

Remineralisation nach einmaliger Anwendung von elmex® fluid auf Schmelzläsionen in situ



Der Mineralgehalt der Schmelzproben nahm im Verlauf von 4 Wochen signifikant zu. Die einmalige Applikation von elmex® fluid hat somit eine erhöhte Remineralisation von initialen Kariesläsionen zur Folge.

Buchalla W et al.:
Fluoride uptake, retention and remineralization efficacy of a highly concentrated fluoride solution on enamel lesions in situ.
J Dent Res 81, 329-333 (2002)

e-mail: info@gaba-dent.de