

RHEINISCHES ZAHNÄRZTE BLATT



Nr. 7-8 · Juli/August 2006 · F 5892



„Was unsere Leistung betrifft,
legen wir zusammen noch einen drauf.“



Es ist soweit: Die erfolgreichen Unternehmen Hager Dental, Henry Schein DentConcept und demedis dental depot schließen sich als Henry Schein Dental Depot zusammen.

Was bedeutet das für Sie? Ganz einfach: Persönliche und individuelle Betreuung mit jetzt noch größerer Leistungsvielfalt. Und vieles mehr.
Mehr Produkte, mehr Service, mehr Kundennähe.
Und Ihre persönlichen Ansprechpartner bleiben die gleichen.

HAGER DENTAL + HENRY SCHEIN[®] DENT CONCEPT + demedis dental depot =

HENRY SCHEIN[®]
DENTAL DEPOT

Erfolg verbindet.



Code entschlüsselt

Im RZB 5/2006 habe ich Franz Knieps aus dem Gesundheitsministerium zitiert, der im „Spiegel“ am 29. März 2006 die geringen Zukunftsaussichten der Einzelpraxis deutlich zum Ausdruck brachte: „Die Zukunft wird Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Ärztenetzen gehören.“ Selten hört man so klare Worte von der Politik. Der Angriff auf die Freiberuflichkeit wird nämlich unter erfreulich klingenden Überschriften wie „Reform“, „Modernisierung“ oder jüngst „Liberalisierung“, in harmlos wirkenden Unterparagrafen oder gar ganz zwischen den Zeilen versteckt. Gesetzestexte müssen deshalb wie der DNA-Code des Neandertalers auf dem Titelbild erst einmal von Fachleuten entschlüsselt werden. Ein solcher Fachmann ist Dank seiner intensiven politischen Kontakte im Bund und im Lande unser Kollege Ralf Wagner. In seiner lesenswerten Analyse des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) kommt der KZV-Vorstandsvorsitzende unter anderem zu dem Schluss, dass das jüngste Produkt des Bundeskabinetts kapitalkräftigen Finanzgebern die Möglichkeit eröffnet, „sich Zahnärzte mit Niederlassung zu besorgen und dann Satelliten- bzw. Kettenpraxen mit angestellten Zahnärzten zu betreiben“.

Profitieren werden vom „VÄndG“ tatsächlich vor allem größere Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren. Das Gesetz erhöht damit den seit Jahren wachsenden Druck auf Einzel- und klassische Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften noch einmal. Wenn sich die freiberufliche Berufsausübung tatsächlich als Auslaufmodell erweisen sollte, ist das allerdings nicht erst dem VÄndG zu „verdanken“, sondern schon lange in den Strukturen des Gesundheitswesens angelegt, besonders seit das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 in Kraft getreten ist.

Sehe ich unsere Zukunft als freiberuflich tätige Kollegen nicht allzu schwarz? Dagegen spricht, dass unsere Sorgen von ärztlichen Kollegen geteilt werden. In der Frankfurter Rundschau vom 14. Juni warnte der Chirotherapeut Stefan Grandjean aus Offenbach: „So ein Investor macht alle platt!“ Betriebswirte und Juristen würden die Ketten, davor warnte der ärztliche Kollege zu Recht, mit dem ausschließlichen Ziel der Gewinnmaximierung führen. Ihre Kapitalkraft ermöglichte es zudem, die besten Geräte zu kaufen. Niedergelassene Ärzte, die den Patienten nach medizinischen Notwendigkeiten behandeln, könnten da kaum mithalten. Letztendlich wäre eine solche völlige Ökonomisierung des Gesundheitswesens auch zum Schaden aller Patienten, die so etwas mit gutem Grund gar nicht haben wollen. Vor diesem Hintergrund möchte ich mich der zentralen Forderung des Kollegen Wagner anschließen: „Wehret den Anfängen, damit nicht in zehn oder fünfzehn Jahren die Landschaft völlig verändert und von Ketten wie bei den Optikern dominiert wird.“

Als stärkste Verhandlungsmacht repräsentieren uns die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen. Dieses Verhandlungsmonopol will der Gesetzgeber brechen. Unsere zahnärztlichen Verbände, die nicht zuletzt wegen ihres breiten Angebots sehr viele, aber immer noch nicht genügend Mitglieder haben, sind gefordert, Strukturen außerhalb der Körperschaften auf- und auszubauen, um sich den beschriebenen Entwicklungen entgegenstellen zu können.

In Nordrhein haben wir in den letzten Jahren wiederholt bewiesen, wie fruchtbar die enge Zusammenarbeit aller Standesvertretungen sein kann. Sie wird bereits in naher Zukunft lebenswichtig für uns sein. Dass diese Linie weiterhin verfolgt wird, darauf können Sie,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Mitglieder entscheidenden Einfluss nehmen. Wir müssen gemeinsam und konsequent die Möglichkeiten in Körperschaften und zahnärztlichen Interessenverbänden nutzen, den Markt aktiv im Sinne unserer Ziele mitzugestalten. Ein wesentliches Ziel ist dabei, eine weitere Beschränkung der Freiberuflichkeit zu verhindern und die Einzel- und Gemeinschaftspraxis zu schützen. Trotz dieser nicht ganz sorgenfreien Zukunftsperspektiven möchte ich nicht versäumen, Ihnen abschließend eine schöne Sommer- und Urlaubszeit zu wünschen!

ZA Martin Hendges



Der KZV-Vorstandsvorsitzende Ralf Wagner entschlüsselt im RZB-Interview das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Das VÄndG soll am 1. Januar 2007 in Kraft treten und hätte in der jetzigen Fassung langfristig Umwälzungen der durch Einzelpraxen geprägten zahnärztlichen Landschaft zur Folge.

Seite 338

Weit reichende Neuregelungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, die Reform des Versicherungsvertragsgesetz, die Dienstleistungsrichtlinie etc. gefährden einen freien Berufsstand. Mit aller Kraft muss versucht werden, dem entgegenzuwirken.

Lesen Sie den Bericht des Präsidenten zur Kammerversammlung am 13. 5. 2006.

Seite 328



Wohl keine Ankündigung eines neuen Regelwerkes hat im zahnärztlichen Berufsstand so viel Irritationen und Mutmaßungen ausgelöst wie die neue RKI-Richtlinie und der neue Rahmenhygieneplan von BZÄK und DAHZ.

Hilfestellungen zum MPG finden Sie ab

Seite 342



Die Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe hält die elektronische Gesundheitskarte in ihrer jetzigen Form nicht für „praxistauglich“. Der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung, Internist Dr. Jürgen Bartels, erläutert Kriterien, die seine Kollegen und er als Voraussetzung für eine positive Aufnahme der E-Card durch die Ärzteschaft ansehen.

Seite 347



Zahnärztekammer Nordrhein

Kammerversammlung (13.5.2006):	
Bericht des Präsidenten	328
Resolution und Anträge	336
Wahl der Ausschüsse bzw. Referenten	337

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

Ausschreibung von Vertragszahnarztsitzen	335
RZB-Interview mit ZA Ralf Wagner: VÄndG unverändert tückisch	338

Berufsausübung

Medizinproduktegesetz, RKI-Richtlinie, Rahmenhygieneplan: Was man weiß – und was man wissen sollte	342
Fax-Anfrage zum MPG	345

Gesundheitspolitik

Kassenärzte kritisieren elektronische Gesundheitskarte	347
Kongress „Prävention auf dem Prüfstand“	350
RZB-Interview mit Prof. Dr. Jost Bauch: Therapeutischer Staat in der Krise	354
RZB-Interview mit MdB Jens Spahn (CDU): Das Sachleistungsprinzip ist intransparent	356

Recht

Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht	358
---	-----

Europa

Euregiodent: Praxis und Wissenschaft – der Patient im Mittelpunkt	364
RZB-Interview mit Dr. Laurent Zeegers (NVSST): Mehr Wahlrechte und Selbstbehalte	366

Aus Nordrhein

Praxisärzte demonstrieren weiter	370
FVDZ/ZA:	
Golf-Turnier im Golf Club Düsseldorf-Haan	372
Seminar für Prophylaxeberaterinnen in Mettmann	374

Fortbildung

Förderung beruflicher Weiterbildung:	
Der Bildungsscheck	375
Fortbildungskurse im Karl-Häupl-Institut	376

Rubriken

Bekanntgaben	344, 349, 363, 368, 369, 380, 381, 386, 391
Editorial	325
Freizeitipp	388
Für Sie gelesen	353, 357, 373
Kochen und genießen	390
Humor	392
Impressum	385
Informationen	387
Personalien	380, 381, 382, 383, 386
Zahnärzte-Stammtische	382

Titelfoto: Neddermeyer

Funktion in ihrer schönsten Form

linux



Sie möchten Ihrer Praxis mehr Individualität und persönliches Profil geben? Das neue Behandlungsmöbel Linux passt sich Ihren Vorstellungen an: mit einer unerschöpflichen Vielfalt hochwertiger Farbfronten und Naturholzoptiken. Mehr über uns und unsere neue Linie Linux unter: 0 21 52 / 55 81 - 30.

FINANZIERUNG LEICHT GEMACHT.

Finanzieren Sie mit uns! Vom einzelnen Behandlungsmöbel bis zur kompletten Praxiseinrichtung. Wir erstellen für Sie gern ein individuelles Angebot. Sprechen Sie uns einfach an: 0 21 52 / 55 81 - 30

Kammerversammlung am 13. 5. 2006

Bericht des Präsidenten



Präsident Dr. Peter Engel bei seinem Bericht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das PricewaterhouseCoopers Health Research Institute hat kürzlich ein Gutachten mit dem Titel „HealthCast 2020“ herausgegeben. Darin wird eine Prognose über die Entwicklung der Finanzsituation der Gesundheitssysteme in den 27 Ländern der OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) abgegeben. Der OECD gehören die Staaten der so genannten Ersten Welt an, also vorwiegend Europa, Nordamerika, Kanada, Neuseeland, Australien, Japan und Mexiko.

Das Ergebnis ist: Kein Gesundheitssystem der Welt ist auf die Herausforderungen der Zukunft eingerichtet. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen in diesen 27 Ländern werden sich bis 2020

mehr als verdreifachen, und die Kosten werden sich bis 2020 auf etwa 10 Billionen US-Dollar belaufen. Sie werden dann im Durchschnitt 16 Prozent des Bruttoinlandsprodukts betragen. In Deutschland lagen die Ausgaben für Gesundheit 2003 bei 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Tendenz steigend! Da die meisten dieser Länder der Ersten Welt diese Kosten nicht aufbringen können, laufen die Gesundheitssysteme Gefahr, insolvent zu werden. Um diesem Chaos zu entgehen, plädieren drei Viertel der für die Studie befragten Experten für neue Versicherungssysteme, die aus Grund- und Zusatzversorgungselementen bestehen.

Eine weitere Zahl, die alarmierend und erschreckend zugleich ist: In Deutschland leben nur noch 39 Prozent unserer Bevölkerung von ihrem eigenen Verdienst. Jeder kann sich ausrechnen, was das neben den ganzen anderen Problemen, die auf uns zukommen, für uns in Zukunft bedeutet.

Vor diesem Hintergrund erleben wir die Entprofessionalisierung der zahnärztlichen und ärztlichen Kompetenz, und zwar zusammen mit fortschreitender Ökonomisierung der Zahnmedizin respektive der Medizin.

Weit reichende Neuregelungen im VÄG

Damit komme ich zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. In der Herbstkammerversammlung 2004 habe ich

Ihnen über das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und die medizinischen Versorgungszentren in Verbindung mit § 95 SGB V sowie über die darin enthaltene gewollte Bevorteilung dieser medizinischen Versorgungszentren gegenüber Einzelpraxen berichtet.

Der nunmehr vorliegende Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes stellt das bisherige Konstrukt völlig in den Schatten. Freiberufliche Strukturen werden damit zugunsten großer Einheiten vernichtet. Denn unter anderem wird die Teilzulassung ermöglicht. Das heißt, der angestellte Krankenhausarzt kann parallel zu seiner Tätigkeit vertragszahnärztlich tätig werden. Weiterhin ist eine erweiterte Anstellungsmöglichkeit für Ärzte und Zahnärzte gegeben. Das heißt, es kann zukünftig eine unbegrenzte Anzahl von Ärzten und Zahnärzten angestellt werden, sofern keine Zulassungsbeschränkung vorhanden ist.

Diese Anstellung von mehreren Zahnärzten kann auch in zulassungsbeschränkten Gebieten erfolgen. Dann greift allerdings die Auflage, dass keine Leistungsausweitung des bisherigen Praxisumfangs stattfinden darf.

Weiterhin ist die vertragszahnärztliche Tätigkeit an weiteren Orten gestattet, das heißt die Bildung von so genannten Satellitenpraxen. Damit wird zukünftig die gemeinsame Berufsausübung ohne Rücksicht auf die Grundsätze der freien Berufe und das zahnärztliche Berufsrecht ermöglicht. Die Intention ist die Schaffung großer Einheiten gegenüber der freiberuflichen Kleinpraxis mit eindeutig staatlicher Zielrichtung, womit Einkaufsmodelle mit diesen größeren Einheiten wesentlich praktikabler werden.





Vizepräsident Dr. Rüdiger Butz berichtete über die Umsetzung der angenommenen Anträge aus der Kammerversammlung vom 26. November 2005.

Es finden zudem Neuregelungen bei den medizinischen Versorgungszentren statt. Waren diese bisher nur als fachübergreifender Zusammenschluss möglich, so ist der Begriff „fachübergreifend“ fallen gelassen worden. Danach soll ein medizinisches Versorgungszentrum zukünftig auch von einer zahnärztlichen Fachgruppe allein oder von einem Krankenhaus derselben Fachgruppe gegründet werden können. Auch Tätigkeiten im Krankenhaus und im medizinischen Versorgungszentrum gleichzeitig sind möglich.

Nur in unterversorgten Gebieten kann der über 68 Jahre alte Zahnarzt seine Zulassung behalten und der über 55 Jahre alte Zahnarzt eine Zulassung bekommen. Nun sind wir uns alle darin einig, dass die Altersregelung generell eine unerhörte Diskriminierung darstellt.

Meine Damen und Herren, vor dem Hintergrund der europäischen Vorgaben und im Zuge der darauf aufbauenden bundesverfassungsrechtlichen Entscheidungen haben wir unsere Berufsordnung liberalisiert. Und das war gut so. Denn es entspricht unserem liberalen Denken von einem fairen Wettbewerb, auch wenn es noch nicht jeder im richtigen Sinne verstanden hat oder wahrhaben möchte.

Mit den jetzigen gesetzlichen Intentionen wird der Zahnarzt als solcher quasi weggeregelt. Früher war der Zahnarzt als herumziehender Behandler verpönt. Heute wird er per legem gewünscht. Dabei findet die Negierung eines gewachsenen Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses statt. Es ist letztend-

lich eine Kampfansage an eine Struktur, die scheinbar nicht mehr gewünscht ist.

Mit dem Begriff der Entbürokratisierung erleben wir in diesem Zusammenhang das Gegenteil, nämlich Bürokratie über Bürokratie. Der Zahnarzt selbst erfährt sich nur noch als Erfüllungsgehilfe in einem Kompetenzzentrum, von seiner freiberuflichen Verantwortung und fachlichen Weisungsfreiheit nunmehr endgültig befreit. Versorgungszentrum versus Behandlungszentrum bedeutet eben nicht mehr Behandlung, sondern nur noch Versorgung. In dieses Bild passen dann auch die Äußerungen führender Krankenkassenfunktionäre, als sie sagten, Kleinpraxen passten nicht mehr in die heutige Landschaft hinein. Kleinpraxen seien nicht mehr en vogue. Hier müsse man ganz stark auf größere Einheiten, auf größere Zusammenschlüsse hinarbeiten. – Vor welchem Hintergrund das gesagt wurde, ist uns allen klar.

Aber das eigentlich Erwähnenswerte ist, dass solche Klein-Klein-Gesetze schließlich ein großes Ganzes ergeben. Jedes Puzzleteilchen fügt sich ganz im Sinne einer Staatsmedizin nahtlos ein. Das hat den Vorteil: Große Einheiten sind prima handelbar. Große gewerbliche Firmen stehen Gewähr bei Fuß, um in dieses Praxisgeschäft gewinnorientiert einzusteigen. Und bei alledem müssen wir gewaltig darauf achten, dass unser Berufsrecht nicht nach und nach durch die sozialrechtlichen Vorgaben ausgehebelt wird.

Reform des VVG lässt aufhören

Das nächste Gesetz, das ich erwähnen möchte, ist das Versicherungsvertragsgesetz. Die Reform dieses Versicherungsvertragsgesetzes ist ohne Zweifel nützlich und nötig, da das Gesetz über den Versicherungsvertrag aus dem Jahre 1908 stammt und letztmalig 1994 wesentlich verändert worden ist; es umfasst im Übrigen alle Bereiche der Versicherung und der Versicherungswirtschaft.

Im Bereich der privaten Krankenversicherung – im Kapitel 8 – sind jedoch Punkte enthalten, die unbedingt aufhören lassen müssen. Hier soll die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen erfolgen. Es wird die Unterstützung der versicherten Person bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehler-

hafter Erbringung der Leistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen gefordert.

Darüber hinaus soll die Möglichkeit gegeben werden, dass Leistungen unmittelbar mit deren Erbringern abgerechnet werden können. Damit wird auch der fachlichen Beratung durch die Versicherung Vorschub geleistet. Durch diese beabsichtigte Kompetenzerweiterung wird massiv in das freie Arzt-Patienten-Verhältnis eingegriffen. Im Endeffekt wird die strikte Trennung zwischen Gebührenrecht und Erstattungsrecht aufgeweicht und den Einkaufsmodellen auf privater Ebene Tür und Tor geöffnet.

Dienstleistungsrichtlinie: Erste Lesung im EU-Parlament

Nun kurz zur EU-Dienstleistungsrichtlinie sowie den Gesundheitssystemen und der Frage, ob sie in die Dienstleistungsrichtlinie einbezogen werden oder ob eine separate Richtlinie geschaffen wird. Am 16. Februar dieses Jahres hat das Plenum des Europäischen Parlaments in erster Lesung über den Bericht des Binnenmarktausschusses zum Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie abgestimmt. Dabei wurden Gesundheitsdienstleistungen – und zwar unabhängig von der Art ihrer Finanzierung, ihrer Organisation oder ihres öffentlichen beziehungsweise privaten Charakters – aus dem Anwendungsbereich dieser Richtlinie herausgenommen. Dies hat zur Folge, dass nunmehr die Erstellung einer sektoralen Gesundheitsrichtlinie erfolgen wird, und zwar mit all der Problematik, die damit verbunden ist.



ZA Klaus Peter Hausteiner: „Es bleibt viel zu tun in Richtung MPG und RKI-Richtlinie. Lassen Sie es uns zum Wohle der Kollegenschaft gemeinsam anpacken.“

Das Europäische Parlament hat die Richtlinie zur Berufsqualifikation verabschiedet, und mit dieser Richtlinie konnten wir unseren Frieden machen. Denn unsere Kritikpunkte wurden berücksichtigt, und insofern konnte diese Berufsqualifikationsrichtlinie unsere Zustimmung finden. Von daher hätten wir überhaupt kein Problem damit gehabt, die Gesundheitssysteme in der Dienstleistungsrichtlinie zu belassen, da eine Vorgabe über die Berufsqualifikationsrichtlinie vorhanden war und es wenig wahrscheinlich gewesen wäre, dass hier grobe Unterschiede auftreten würden. Nunmehr sind die Gesundheitssysteme nicht in der europäischen Dienstleistungsrichtlinie enthalten. Das heißt, wir befinden uns in einem gewissen luftleeren Raum und sind damit den Urteilen des EuGH überlassen.

Das hat auch zur Folge, dass wir sehr viele Lobbyisten finden werden, die vor dem Hintergrund bestehender Gesetze – denken Sie an das Versicherungsvertragsgesetz oder an das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – ihre Gedanken und Ideen sehr massiv einbringen werden, um eine sektorale Gesundheitsrichtlinie zu kreieren, die zwar nicht heute oder morgen kommen wird, aber in ihrer Ausgestaltung sehr unterschiedlich sein kann. Ob dies zu unserem Vorteil sein wird, bleibt abzuwarten. Denn die Diskussion beginnt völlig neu.

Vor dem Hintergrund, dass dies schon auf europäischer Ebene solch große Probleme aufwirft, ist es kein Wunder, dass auch auf nationaler Ebene die Konfusion immer größer wird. Nachdem die Juristen wieder in die Dienstleistungsrichtlinie aufgenommen wurden, sind nunmehr die Heilberufe komplett herausgenommen worden. Es ist völlig zwecklos, weiterhin dagegen anzugehen. Die Sache ist gelaufen. Es muss nun in der Tat die Konzentration auf eine sektorale Gesundheitsrichtlinie erfolgen, und dies muss vor dem Hintergrund der Gesetzgebungsverfahren geschehen, die in Zukunft auf uns zukommen werden.

Amalgam-Diskussion im EU-Parlament entschärft

Am Rande etwas zum Amalgam: Es gab die Diskussion, dass Amalgam auf europäischer Ebene verboten werden soll. Lassen Sie mich kurz schildern, wie es dazu kam. Das Europäische Parlament hat sich umgehört, und der Ausschuss, der sich mit Verbraucherschutz und



Dr. Ralph-Peter Hesse: „Die Anträge und die Resolution, die heute von der Mehrheitsfraktion gestellt werden, können auch von uns voll und ganz unterstützt werden. Denn auch in unseren Fraktionsitzungen sind in ähnlicher Art und Weise die Dinge diskutiert worden.“

Ähnlichem beschäftigt, schaut immer, wo etwas ist, was von Übel sein könnte, und was er dagegen tun könnte. Dabei hat man entdeckt, dass in Europa große Mengen von Quecksilber verbraucht werden.

Es wurde untersucht, wo Quecksilber verwendet wird, nämlich beim Goldabbau. Es wird ferner bei der Chlorkaliindustrie, bei der Batterieherstellung und beim Amalgam verwendet. All diese Bereiche verarbeiten pro Jahr rund 300 Tonnen Quecksilber. Da dies als bedrohlich empfunden wurde, schrieb man sich auf die Fahne, diese Summe zu reduzieren. Es wurden also Empfehlungen an die Industrie gesandt, die Menge zu reduzieren. Der Goldabbau spielt in Europa keine große Rolle. Nichtsdestotrotz haben der Goldabbau, die Chlorkaliindustrie und die Batterieherstellung zusammen 75 Prozent dieser 300 Tonnen ausgemacht.

Aufgrund der Empfehlungen des Europäischen Parlaments konnte die Industrie den Verbrauch von Quecksilber aufgrund neuer Technologien und anderweitiger Maßnahmen tatsächlich reduzieren, sodass ein Ungleichgewicht entstanden ist. Das heißt, bei der Industrie ist der Verbrauch zurückgegangen, bei uns ist er nicht gestiegen. Infolge des Rückgangs bei der Industrie ist der Verbrauch im Dentalbereich natürlich relativ „gestiegen“, obwohl er faktisch gleich hoch geblieben ist. Nun ging die Sache hin und her, und dann konnte der Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit

sich dazu durchringen, keine größeren Bedenken hinsichtlich Quecksilber und Amalgam festzustellen. Vielmehr wollte der Ausschuss Expertenmeinungen einholen, um zu eruieren, wie sich die Situation darstellt.

Zwischenzeitlich hat das EU-Parlament einen Vorschlag eines Mitglieds der Fraktion der Grünen angenommen, den Verbrauch von Quecksilber in Zahnarztpraxen massiv zu reduzieren. Danach ist die Meinungsbildung im ENVI-Ausschuss ausgehebelt worden. Das heißt, die Meinungsbildung im ENVI-Ausschuss hat überhaupt keine Bedeutung mehr.

Obwohl die Entscheidung keine zwingende rechtliche Bedeutung für die einzelnen Mitgliedsländer hat, ist ein nicht ungefährliches Feuer entfacht worden. Denn Sie können sich die Auswirkungen vorstellen, wenn hier Quecksilber respektive Amalgamfüllungen mit einem Bann belegt werden. Davon abgesehen hat eine neuere Studie belegt, dass die Quote der Erneuerung von Kompositfüllungen nach fünf Jahren 50 Prozent höher liegt als die von Amalgamfüllungen.

Dass dieses Thema eine gewisse Brisanz beinhaltet, mag man auch daran erkennen, dass das Wissenschaftskomitee der FDI und die WHO sofort hellwach geworden sind, da sie auf lange Sicht verständlicherweise katastrophale Auswirkungen für die Entwicklungsländer befürchten.

Das Dental Liaison Committee, welchem 25 europäische Nationen angehören, wird Ende Mai in Porto eine gemeinsame Resolution verabschieden, und diese wird der EU zur Vorlage gebracht. Die Bundeszahnärztekammer wird unter Beteiligung eines externen wissenschaftlichen Referenten in Brüssel einen parlamentarischen Abend mit allen maßgeblichen deutschsprachigen EU-Abgeordneten und Kommissionsmitgliedern veranstalten. Bei der Terminierung muss allerdings darauf geachtet werden, dass ein Datum gefunden wird, an dem diese Diskussion in Brüssel gerade en vogue ist. Denn in Brüssel ist es angesichts der Vielzahl der Themen, die behandelt werden, üblich, einen Input nur dann zu geben, wenn dieses Thema tatsächlich Diskussionsgrundlage ist. Wenn Sie ein falsches Datum erwischen, an dem dieses Thema nicht diskutiert wird, interessiert das keinen.

Bachelor- und Masterstudien- gang länderübergreifend ohne Gemeinsamkeit

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich kurz auf die Bachelor- und Master-Situation eingehen, welche ich Ihnen auf der letzten Kammerversammlung in ihren Grundzügen dargelegt habe. Man kann sagen: Der gute Wille ist zwar auf europäischer Ebene da, aber auf nationalen Ebenen ist die Gemeinsamkeit überhaupt nicht zu sehen. Wir finden eine Situation vor, die eigentlich nicht mehr überschaubar ist. Denn die Interpretationen, die der Bachelor und der Master durch die Bologna-Erklärung erfahren haben, sind bei der Führung dieser Grade an verschiedenen europäischen Universitäten im Bereich der Medizin und Zahnmedizin nicht wiederzufinden.

Wir alle wissen, dass Bachelor- und Master-Studiengänge für die Zahnmedizin und die Medizin untauglich sind, weil damit ein vernünftiges Studium und eine verantwortungsvolle Tätigkeit am Patienten nicht gewährleistet sind. Sie können mit einem Bachelor – das heißt mit einem Abschluss nach drei Jahren – nicht in unserem Sinne berufsfertig sein. Nichtsdestotrotz gibt es in europäischen Ländern verschiedene Universitäten, die den Begriff des Bachelor und des Master auf die Zahnmedizin beziehungsweise Medizin übertragen haben. Dies geschah allerdings vor einem ganz anderen Hintergrund. Wenn man beispielsweise sagt, Holland habe Bachelor und Master übernommen, so ist dies nicht richtig. In Holland gibt es nur eine Universität, nämlich die Universität Amsterdam. Diese Universität hat zwar den Bachelor und den Master übernommen und sagt: Das Physikum stellt den Bachelor dar, und das Examen ist der Master. Von daher ist es nicht mit den Begriffen Bachelor und Master stimmig, wie sie uns über die Bologna-Erklärung vorgegeben sind. Wir haben also eine Verwirrung sondergleichen.

In Deutschland erhalten wir nach dem Staatsexamen eine staatliche Approbation, während es in den meisten übrigen europäischen Ländern ein universitäres Examen gibt. Das heißt, in diesen Ländern kann jede Universität für sich entscheiden, wie sie ihre Berufserlaubnis gestaltet. In Deutschland ist das bundeseinheitlich geregelt. Insofern habe ich nicht Sorge, dass dieses Bachelor- und Master-System bei uns in Deutsch-



Dr. Johannes Szafraniak, Referent für Berufsausübung: „Die im April veröffentlichte RKI-Richtlinie hat quasi Gesetzescharakter, denn wir werden an dieser Richtlinie gemessen, wenn es um Auseinandersetzungen mit dem Themenbereich Hygiene geht.“

land greifen wird, es sei denn, dass sich die Novellierung der Approbationsordnung noch so lange hinzieht, bis diese Begriffe auch hier greifen. Das führt natürlich zu einer massiven Verunsicherung und Irritation, weil die Begriffe nicht mehr vergleichbar sind. Es fehlt die Transparenz, und das Ganze führt sich infolge dieser Begrifflichkeit selbst ad absurdum.

Es gibt damit den Bachelor und den Master als Ausbildungsabschlüsse und ergänzend den postgradualen Master im Rahmen der Weiterbildung. Auch bei unserem zahnärztlichen postgradualen Master liegt einiges im Argen. Erstaunlich dabei ist, dass die Medizin damit überhaupt keine Probleme hat. Die Medizin ist in ihren sämtlichen Teilbereichen durch Facharzttitle und Weiterbildungsordnungen abgedeckt, und Sie werden keinen Mediziner finden, der sich mit Master usw. beschäftigt; all das spielt da keine Rolle.

Bei der Zahnmedizin finden Sie allerdings für nahezu alle Bereiche ein Deckelchen in Form eines Masters oder was auch immer, ohne dass man weiß – und das ist das Entscheidende –, was eigentlich dahintersteckt. Vor diesem Hintergrund der völligen Intransparenz nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Kollegen, hat der gemeinsame Beirat Fortbildung der Bundeszahnärztekammer mit der DGZMK und der KZBV Anregungen gegeben, um diese postgradualen Master beziehungsweise Weiterbildungen transparent und vergleichbarer zu machen.

Hier bietet sich eine Situation an, die international vorgegeben ist, nämlich die Definition mittels ECTS-Punkten (European Credit Transfer System). Dabei unterliegen diese ECTS-Punkte einer bestimmten inhaltlichen Ausgestaltung. Das heißt, ein ECTS-Punkt entspricht einer Studienleistung von 25 bis 30 Stunden. Aber nicht nur das: Es wird unterschieden zwischen zehn Unterrichtsstunden und 15 bis 20 zusätzlichen Work-load-Stunden, also Arbeitsstunden. Wenn Sie dieses für bestimmte Module heranziehen, dann haben Sie automatisch eine Vergleichbarkeit, an deren Qualität beziehungsweise Quantität niemand vorbeikommt. Eine Vergleichbarkeit durch eine einheitliche Definition dieser ECTS-Punkte ist sicherlich wünschenswert, da dabei eine modulare Gestaltung, eine Anrechenbarkeit, eine Transparenz, eine Vergleichbarkeit und letztendlich die Qualitätssicherung nicht zu kurz kommen.

Wenn es für 25 bis 30 Stunden einen dieser ECTS-Punkte gibt, dann kann man pro Jahr maximal 60 ECTS-Punkte erreichen. Denn 60 ECTS-Punkte bedeuten, dass man für diese Punkte pro Woche etwa 40 Stunden arbeiten muss. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass man 60 ECTS-Punkte, wie es oftmals suggeriert wird, nebenberuflich überhaupt nicht erreichen kann. So wäre dies eine Möglichkeit, zumindest hinsichtlich der Weiterbildung auf postgradualen Gebiet eine Vergleichbarkeit herzustellen. Dies täte im Übrigen nicht nur den Deutschen gut, sondern würde auf europäischer Ebene eine Transparenz und Vergleichbarkeit und damit auch eine Aufwertung und qualitätssichernde Maßnahme der deutschen Weiterbildungsmöglichkeiten gegenüber dem europäischen Ausland darstellen.

Ferner wird darüber diskutiert, postgraduale Master nur noch an Universitäten und ähnlichen Institutionen anzubieten, die eine zahnmedizinische Fakultät haben. Wenn man dieses gesamte Spektrum betrachtet, kommt man automatisch dazu, auch über die Weiterbildungsordnung Oralchirurgie und Kieferorthopädie nachzudenken.

Es ist sicherlich so, dass hier entsprechende Musterordnungen der Weiterbildung „von oben“ vorgegeben werden, und dann erleben wir, dass diese in 17-facher völlig unterschiedlicher Art und Weise in den Ländern umgesetzt werden. Wir haben zurzeit das Problem,

dass sich der Fachzahnarzt in Deutschland immer weiter von den eigentlichen Vorgaben – vor allem von den europäischen Richtlinien zu diesen Fachzahnarztbildungen – entfernt. Um hier wieder eine möglichst einheitliche vergleichbare und inhaltlich formidable Struktur zu erreichen, wäre im Zuge einer Novellierung der Weiterbildungsordnungen zu überlegen, diese modularen Studieneinheiten zu Hilfe zu nehmen, um hier zu einer wirklichen Vergleichbarkeit zu kommen und nicht der Gefahr zu unterliegen, aufgrund externer Faktoren an den Universitätskliniken infolge von zu hohen Zahlen einen Flaschenhals in der Weiterbildung zu schaffen. Wir müssen uns dafür einsetzen, unter Heranziehung von Modulen aus anderen Bereichen eine vernünftige Ausbildung zum Fachzahnarzt vor europäischem Hintergrund zu kreieren. Ich würde dem Ganzen eine sehr positive Note geben können, wenn es so kommt.

GOZ-Novellierung erfordert neue Denkstrukturen

Nun zur GOZ! Es zeigt sich immer mehr, dass die derzeitigen Verhandlungen zur Novellierung der GOZ eigentlich vor einem völlig unrealen Hintergrund stattfinden, der folgendermaßen aussieht:

Die PKV sagt: Wir haben einen Topf von 3,2 bis 3,4 Milliarden Euro, und diesen Topf können wir nicht erweitern. Dieser Topf war aber einer GOZ (88) gegenübergestellt. Wenn Sie mit mir der Meinung sind, dass diese GOZ (88) unterbewertet ist und einer neuen Bewertung zugeführt werden muss, dann werden

Sie mit mir auch darin einig sein, dass es nicht in Einklang zu bringen ist, das Volumen des Topfes beizubehalten und gleichzeitig die Bewertung einer GOZ anzuheben. Wenn Sie weiterhin konstatieren, dass eine novellierte GOZ Innovationen aufnimmt, die in einer alten GOZ nicht enthalten sind, das Leistungsspektrum also ausgeweitet wird, dann werden Sie mit mir auch der Meinung sein, dass die Größe des Topfes noch weniger passt. Also, worüber sollen wir dann verhandeln, wenn wir ganz einfach erkennen, dass diese Verhandlungen nichts weiter als unreal sind?

Insofern meine ich, dass man mit ganz anderen Denkstrukturen an die Entwicklung einer neuen GOZ herangehen muss. Diese Denkstrukturen können eigentlich nur in eine Richtung gehen: Das, was bisher war, kann für die Zukunft nicht mehr gelten. Es kann nicht sein, dass nur eine Vollkaskoversicherung für das gesamte Spektrum der zahnmedizinischen Leistungen vorhanden ist. Das klappt einfach nicht mehr. Von daher muss man sich sicherlich darüber unterhalten, inwiefern auch bei den PKVen unterschiedliche Tarife für unterschiedliche Leistungsangebote vorgehalten werden müssen, um eine größtmögliche Ausgeglichenheit zu gewährleisten.

Man kann diese Entwicklung nur nach vorne bringen, wenn man entsprechende Schritte einleitet. Unser erster Schritt war – das wird zurzeit im BMG verhandelt –, dass eine Leistungsbeschreibung erstellt wird, die von der zahnärztlichen Profession gestaltet wird. Es ist für mich undenkbar, dass eine fachliche Leistungsbeschreibung von Fachfremden erstellt werden kann.

Dabei ist diese Leistungsbeschreibung völlig unpolitisch und hat zunächst einmal überhaupt nichts mit der Bewertung zu tun. Trotzdem erleben wird das Phänomen, dass im Zuge dieser Leistungsbeschreibung der fachliche Aspekt in den Hintergrund gerückt wird und hauptsächlich in dem Sinne gehandelt wird, dass man sagt: Wir ziehen den BEMA heran, versuchen diesen 1:1 umzusetzen und erweitern ihn noch ein bisschen. Das ergibt eine Systematik, die keine Systematik ist, weil es einfach ein nicht stimmiges Zusammenklauen darstellt.

Es kann nicht sein, dass eine Leistungsbeschreibung der zahnärztlichen Profession, die als Neubeschreibung ein-



ZA Dirk Smolka, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des VZN: „Der Verwaltungsausschuss kann Ihnen für das Geschäftsjahr 2005 trotz weiterhin schwieriger Rahmenbedingungen ein sehr gutes Ergebnis vorlegen.“

ner präventionsorientierten Zahnheilkunde unter Mitwirkung der Wissenschaft in fünf Jahren sehr systematisch und sehr sauber erstellt worden ist, politisch völlig negiert wird, wie es zurzeit der Fall ist.

Die Rolle der PKV ist in den Verhandlungen von ganz eigenen bürgerversicherungsähnlichen Gedanken geprägt, nämlich einen Katalog zu erstellen, der möglichst dem BEMA gleicht, da er dann verhältnismäßig preiswert ist.

Wir sollten mit der PKV für eine freie Marktwirtschaft eintreten, aber da sehe ich zurzeit unlösbare Differenzen. Hier muss man die PKV ganz klar aufrufen, noch einmal in sich zu gehen und danach zu erklären, was sie eigentlich möchte. Möchte sie eine am freien Markt tätige Versicherungswirtschaft sein? – Dann muss sie auch so handeln. Oder möchte sie in die Abhängigkeit des Staates – in Richtung Bürgerversicherung – rücken und ein gleichberechtigter Partner zur GKV werden? – Dann muss sie das sagen. Dann gibt es sicherlich ganz andere Möglichkeiten.

Das Interesse der Politik an der Novellierung der GOZ richtet sich hauptsächlich auf zwei Dinge aus: Zum einen ist es die Beihilfe und zum anderen ist es unter dem Begriff des Patientenschutzes der Teil an Leistungen, der über die vertragszahnärztliche Situation in die Andersartigkeit und in die Gleichartigkeit ausgelagert worden ist, und diese privaten Leistungen stellen meiner Meinung nach mittlerweile ein größeres Volumen dar, als das von reinen Selbst-



Dr. Reiner Konopka interessierte sich für das Anlagengeschäft des VZN und stellte dezidierte Fragen zum Euro-STOXX und alternativen Anlageklassen.

zahlern aufgebracht wird. Wir kommen nicht daran vorbei, diese Fakten bei zukünftigen Verhandlungen zur GOZ zu berücksichtigen.

Zur Beihilfe möchte ich noch Folgendes sagen: Wir hatten die Diskussion über eine Behandlung zu festgesetzten Gebührensätzen der Beihilfe, um sie finanziell zu schonen. Das ist möglicherweise vom Tisch, weil es verfassungsrechtlich nicht haltbar ist. Eines kann ich allerdings nicht verstehen: Die Beihilfe besteht aus bestverdienenden Beamten und aus Geringverdienern. Es kann doch nicht sein, dass wir hier eine Vorschubfinanzierung, eine Sonderstellung oder einen Sozialtarif für Bestverdienende auflegen. Das ist doch mit dem Begriff des sozialen Verhaltens nicht in Einklang zu bringen. Denn viele der Geringverdienenden in der Beihilfe gehören eigentlich in die GKV.

Innovationsoffene neue GOZ

Von daher stellt sich die Situation aktuell wie folgt dar: Die Bundeszahnärztekammer hat eine Leistungsbeschreibung vorgelegt. Man kann zu ihr stehen, wie man will, aber die neue GOZ wird zur alten einen erheblichen Unterschied aufweisen, da die GOZ (88) durch die Blüm'schen Vorgaben als eine endgültige umfassende Zahnmedizin konzipiert worden ist. Die neue GOZ wird dynamisch und innovationsoffen sein. Sie wird keine abschließende Beschreibung sein. Das ist ein wichtiger Unterschied. Insofern könnte man mit der jetzigen durch die Bundeszahnärztekammer vorgelegten Leistungsbeschreibung gut leben. Es gibt immer Kritikpunkte. Die wird es auch geben, wenn sie noch zehnmal überarbeitet wird. Ich warne jedoch davor, diese Leistungsbeschreibung in der zahnärztlichen Profession zu zerreißen. Denn dann haben wir überhaupt keine Chancen mehr.

Die differenzierte Ausgestaltung des so genannten Paragrafenteils der GOZ kann erst erfolgen, wenn eine betriebswirtschaftlich stimmige Bewertung der Leistungen vorliegt. Darin kann die differenzierte Ausgestaltung des Paragrafenteils sicherlich ganz anders gestaltet werden als bei Leistungsbewertungen, die eben betriebswirtschaftlich nicht stimmig sind.

Wenn die Vernunft nicht mit der Lupe zu suchen wäre, ließe sich ganz sicher – das ist meine feste Überzeugung – eine für alle akzeptable Lösung finden.



Versicherungsmathematiker Dipl.-Math. Wilfried Schröder verdeutlichte den insgesamt positiven Verlauf der Entwicklung des VZN im Jahr 2005.

Allerdings – darauf muss ich hinweisen – darf dies nicht mit den verkrusteten Denkstrukturen von gestern und auch nicht – das habe ich auch schon gesagt – mit der Vorstellung geschehen, dass wir mit einer Vollkaskoversicherung die gesamte Zahnheilkunde abdecken können. Das ist nicht realisierbar.

Meine Damen und Herren, ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang für die Resolutionen der Vergangenheit danken. Sie haben mir damit in der Tat etwas Gutes auf den Weg gegeben, der sich heute als sehr wichtiger, aber auch als sehr steiniger Weg erweist. Sie können gewiss sein, dass ich von diesen durch Sie an mich herangetragenen Aufgaben nicht abrücken werde. Überzeugungsarbeit setzt immer eine gewisse Flexibilität bei anderen voraus; diese vermindert sich aber enorm bei starken Verkrustungen. Dennoch denke ich, dass Resignation nicht angesagt ist. Vielmehr sind realitätsbezogenes Denken und Handeln angesagt.

Themenkomplex MPG

Nun zum Themenkomplex MPG! Lassen Sie mich Ihnen zu Anfang einige grundlegende Dinge verdeutlichen. Wir haben zur Unterscheidung zweierlei. Das eine ist die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes, nämlich die infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen für ambulantes Operieren gemäß § 36 Abs. 1 usw. in Verbindung mit § 17 ÖGDG. Das andere – das ist eigentlich das, was uns zurzeit beschäftigt – ist die Überwachung gemäß § 26 MPG in Verbindung mit der Medizinproduktebetriebsverordnung durch die Be-

zirksregierungen. Dies sind zunächst einmal zwei völlig unterschiedliche Aspekte.

Bei der infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen für ambulantes Operieren wird ein Unterschied gemacht:

- a) Es gibt Krankenhäuser und ambulant operierende Einrichtungen, die durch die untere Gesundheitsbehörde oder das Gesundheitsamt anlassunabhängig begangen werden.
- b) Es gibt Zahnarztpraxen, die überwacht werden können. In der Regel haben hier Begehungen nur anlassbezogen stattgefunden.

Durch diese Unterscheidung wird eigentlich schon deutlich, dass ambulantes Operieren und zahnärztliche Chirurgie nicht das Gleiche sein können.

Zur infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen für ambulantes Operieren durch die untere Gesundheitsbehörde ist ein Schreiben des Ministeriums ergangen. Darin heißt es:

„Von anlassunabhängigen Begehungen nach dem Infektionsschutzgesetz sind nur Praxen betroffen, die ambulant operieren. Sonstige Praxen, auch Zahnarztpraxen, sind davon nicht betroffen,“

– und jetzt kommt es –

„es sei denn, sie operieren ambulant und nehmen oralchirurgische Eingriffe vor.“

Das ist nun zu klären. Es muss also der Unterschied zwischen ambulantem Operieren und zahnärztlicher Chirurgie deutlich gemacht werden. Dazu möchte ich ein wenig die Vergangenheit beleuchten und den § 115 b des SGB V aus der ersten Hälfte der 90er-Jahre betrachten. Da heißt es in Satz 1:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren ... einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe ...“

Damals überlegte man, aus Kostengründen bestimmte Eingriffe, die bisher nur in Krankenhäusern durchgeführt wurden, dem ambulanten Sektor zuzuführen, damit der Patient keine Kosten dadurch verursacht, dass er drei oder vier Tage nach dem Eingriff im Krankenhaus liegt. Bedingung war, dass diese

nunmehr ambulanten Operationen nach Klinikstandard durchzuführen sind. Daraufhin haben sich in Anlehnung an diesen Passus des SGB V – das war auch in den 90er-Jahren – die KBV, die GKV und die Krankenhausgesellschaft zusammengesetzt und einen Katalog dieser ambulanten Operationen und dieser stationärsersetzenden Eingriffe aufgestellt und dabei noch etwas gemacht, was ich Ihrer unbedingten Aufmerksamkeit empfehle: Sie haben vor dem Hintergrund der Tatsache, dass diese ambulanten Operationen nach Klinikstandard durchzuführen sind, festgestellt, dass dieser Klinikstandard nicht ganz billig ist. Sie haben daraufhin den Zuschlag für ambulantes Operieren kreiert.

Ich möchte Ihnen nun die Möglichkeit geben, einmal darüber nachzudenken, inwieweit Sie im Rahmen der zahnärztlichen Chirurgie der Gefahr unterliegen, dem ambulanten OP-Sektor unterstellt zu werden, wenn Sie auf die GOÄ zugreifen und zu den chirurgischen GOÄ-Leistungen den Zuschlag für ambulantes Operieren berechnen. Bitte, denken Sie sehr sorgfältig darüber nach.

Damit ist klar, worum es beim ambulanten Operieren und bei der zahnärztlichen Chirurgie geht. Selbst der Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. schreibt auf seiner Startseite im Internet:

„Viele Eingriffe, die früher den Gang in die Klinik unvermeidlich machten, sind heute vom Arzt Ihres Vertrauens durchführbar.“

Fasst man nun die Einzelpunkte zusammen, so ergibt sich ein einheitliches Bild, welches an keiner Stelle ambulantes Operieren und zahnärztliche Chirurgie gleichsetzt. Die zahnärztliche Chirurgie ist ein seit langem gewachsener integraler Bestandteil der zahnärztlichen Berufsausübung. Ambulantes Operieren hingegen ist eine relativ junge Disziplin, die sich nicht zuletzt aus Kostengründen aus Teilen des stationären OP-Bereiches entwickelt hat. Eine Möglichkeit zu einer vernünftigen Grenzziehung könnten hier die Begriffe „septisch“ und „aseptisch“ liefern: Die Eingriffe, die unter den septischen Bedingungen der Mundhöhle vorgenommen werden, sind der zahnärztlichen Chirurgie zuzurechnen. Eingriffe, die ambulant im aseptischen Bereich vorgenommen werden, müssen hingegen dem Krankenhausstandard bei einer stationär durchgeführten Operation entsprechen.



Dr. Wolfgang Schnickmann wies darauf hin, dass durch das geplante Vertragsrechtsänderungsgesetz die freie Praxis mit ihrem persönlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient ausgehebelt wird.

Von daher ist mit dem Ministerium der Nachsatz „es sei denn, sie operieren ambulant und nehmen oralchirurgische Eingriffe vor“ des Passus der infektiionshygienischen Überwachung für Einrichtungen für ambulantes Operieren abzuklären.

Bei der Überwachung nach § 26 MPG durch die Bezirksregierungen heißt es nicht mehr, dass diese begangen werden können. Da heißt es vielmehr, dass sie der Überwachung unterliegen. Allerdings unterliegen sie der angemessenen Überwachung, und „angemessen“ kann nur so interpretiert werden, dass der Klinikstandard beim ambulanten Operieren anders als der bei der zahnärztlichen Chirurgie ist. Von daher müsste bei Ausübung zahnärztlicher Chirurgie bei der Angemessenheit erheblich berücksichtigt werden, dass im Unterschied zum ambulanten Operieren der Eingriffsraum und der Behandlungsraum identisch sind.

Wir lehnen es aus guten Gründen ab, die hoheitlichen Aufgaben der zuständigen staatlichen Stellen bei der Einhaltung von Normen und Auflagen zu übernehmen, und schlagen Ihnen vor, dass wir gerade in Nordrhein unser selbstverständliches und liberales Denken weiter beibehalten. Wir werden den Praxen daher in Kürze Hilfestellungen in verschiedenen Stufen anbieten, die ich noch erläutern werde, ein so genanntes „freies Optionsmodell“.

Ich bin der Auffassung: Jeder Kollege muss für sich selbst entscheiden, ob er ein Angebot der Kammer annimmt, ob

er ein Angebot eines Depots annimmt, ob er ein Angebot einer anderen Firma annimmt. Ich denke, wir sind liberal genug eingestellt, dass jeder Kollege für sich selbst entscheidet, bei wem er sich dieses Wissen in welchem Umfang abholen möchte.

Das heißt aber auch – darauf hinzuweisen möchte ich nicht versäumen –, dass wir auf Eigeninitiative setzen, die wir Nordrheiner immer bevorzugt haben. Allerdings muss das, was kommt bzw. schon gekommen ist, bitte auch gelesen und durchgearbeitet werden. Sie müssen sich selbst damit beschäftigen. Und es ist von der Kammer bereits eine Menge an wertvollen Informationen herübergekommen. Es tut mir Leid, Ihnen sagen zu müssen, dass ich manchmal den Verdacht habe, dass diese Informationen und das, was auf dem Markt ist, nicht immer so vehement inhaltlich verdaut bzw. aufgenommen worden sind, wie es wünschenswert gewesen wäre.

Eines möchte ich noch einmal unterstreichen: Das, was ich Ihnen jetzt vortragen habe, ist kein Affront gegen die Landes- oder Bezirksregierung. Es ist kein Affront gegen unsere Schwesterkammer Westfalen-Lippe. Jeder soll nach seiner eigenen Fassung glücklich und selig werden. Wir in Nordrhein haben jedoch einen Anspruch und ein Recht darauf, ein eigenes liberales Modell zu fahren und zu erproben. Dafür stehen wir, und ich denke, dass wir das gemeinsam auf die Beine bekommen.

Wandel des Berufsstands zu erwarten

Mögen Sie meinem heutigen Beitrag und all dem, was Sie tagtäglich an Informationen erreicht, entnehmen, dass wir einer gravierenden Strukturveränderung unterliegen. Die Einzelpraxen, die wir in den letzten 30 Jahren kennen gelernt haben, werden in Zukunft in dieser Art nicht mehr bestehen können. Wir werden erleben, dass wir größere Einrichtungen, Konglomerationen, Gemeinschaftspraxen gründen werden müssen und dass wir uns auf eine andere Zeit einzustellen haben. Die Einzelpraxis wird in den ländlichen Gebieten sicherlich ihren Status beibehalten. Es wird aber in den Ballungszentren – und das ist heute schon zu beobachten – zu Veränderungen kommen, es sei denn, Sie haben eine ganz spezialisierte, hoch qualifizierte Praxis. Eine solche Praxis wird ihren Bestand am Markt immer haben.

Es wird sich ein Wandel ergeben, der uns alle mitreißen wird. Es wird sich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass wir nahezu 70 Prozent an weiblichen Abgängern an zahnmedizinischen Fakultäten haben, die nicht alle in die Selbstständigkeit entlassen werden wollen, ein Wandel ergeben. Viele dieser Kolleginnen haben vielleicht den Wunsch, eine Familie zu gründen, und sie können nicht ohne weiteres für sechs oder zehn Wochen die Praxis schließen. Hier wird sich ein größeres Potenzial für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte ergeben. Der Fortbildungsmarkt wird sich grundlegend ändern. Wir sollten Qualität nach vorne bringen, unter Umständen mit einem entsprechenden Siegel. Es werden Spezialisierungen, Master und „Masterchen“ aus der Erde schießen, und wir werden die Tendenz vom Selbstständigen zum Angestellten nach und nach und in immer größerem Rahmen erleben. Dann stellt sich lediglich die Frage, wo, unter welchen Prämissen und unter welchem Dienstherrn diese angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte tätig werden.

All diese Aspekte bergen die Gefahr der Zerbröselung eines freien Berufsstandes, der wir mit aller Kraft entgegenzuwirken versuchen müssen. Daher werden sich mein Vorstand und ich mit Ihrer Hilfe und Unterstützung in den nächsten vier Jahren mit aller Kraft für eine ordnungspolitische Neuorientierung einsetzen und einbringen. Wir werden immer und immer wieder für Marktsteuerung und wirtschaftliche Anreize im Gesundheitswesen stehen. Wir werden in der Ablehnung einer Bürgerversicherung als Einstieg in eine Staatsmedizin zusammenstehen. Wir werden gemeinsam nach vorne treten für die Eigenverantwortung und Souveränität der Versicherten, nämlich unserer Patienten. Wir werden gemeinsam kämpfen für die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit der Ärzte und Zahnärzte; diese darf in keinem Fall angetastet werden. Und wir werden für die Freiberuflichkeit und freiberufliche Selbstverantwortung kämpfen, die immer wieder und immer aufs Neue gestärkt werden müssen. Wir werden uns einsetzen für befundorientierte Festzuschüsse und Kostenerstattung für den gesamten Bereich der Zahnheilkunde, und da ist auch die private Zahnheilkunde nicht ausgeschlossen. Wir werden eintreten für ein leistungsgerechtes, betriebswirtschaftlich hinterlegtes Bewertungssystem einer zukunftsorientierten Leis-



Bis zur Mittagspause waren die Wahlen der Ausschüsse bzw. Referenten und deren Stellvertreter, die aufgrund der fortgeschrittenen Zeit aus der Konstituierenden Kammerversammlung auf die Frühjahrsversammlung vertagt worden waren, abgeschlossen.

Fotos: Paprotny

tungsbeschreibung. Wir werden tagtäglich für den Abbau von Bürokratie und überflüssigen staatlichen Kontrollen kämpfen. Und wir werden, um unserer Glaubwürdigkeit gerecht zu werden, für die Förderung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, allerdings als rein zahnärztliche Aufgabe, kämpfen.

Vor allem müssen wir einer gewissen und hoffentlich vorübergehenden Orientierungslosigkeit der Kolleginnen und Kollegen entgegenwirken, die sich nämlich viele zunutze machen werden. Die

Gewinne werden dabei immer auf der Seite der Wegelagerer sein, die zwar Gewinnmaximierung versprechen, aber immer nach dem Motto „Ich will immer Dein Bestes – Dein Geld“, verfahren.

Da wir heute so viel von Fehlentwicklung gesprochen haben, möchte ich mit einem Ausspruch von Albert Einstein schließen. Einstein sagte einmal:

„Es gibt zwei Dinge, die unendlich sind: das Universum und die menschliche Dummheit. Aber bei dem Universum bin ich mir noch nicht ganz sicher.“

KZV Nordrhein

Ausschreibung von Vertragszahnarztsitzen gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

Die KZV Nordrhein hat nach § 103 Abs. 4 SGB V in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag eines Vertragszahnarztes, der seine Praxis an einen Nachfolger übergeben möchte, den Vertragszahnarztsitz unverzüglich auszuschreiben.

Für den Planungsbereich **Stadt Bonn** sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Aufgrund dessen schreibt die KZV Nordrhein folgenden Vertragszahnarztsitz aus:

Kenn-Nr.: 13/2006

In **Bonn – Nahbereich Bad Godesberg** ist zum **nächstmöglichen Termin** eine Zahnarztpraxis abzugeben.

Zahnärzte, welche sich für den ausgeschriebenen Vertragszahnarztsitz interessieren und die Zulassungsvoraussetzungen zum Zeitpunkt der für die Praxisübernahme maßgeblichen Zulassungssitzung erfüllen, wenden sich mit ihrer Bewerbung bitte bis spätestens zum 27. Juli 2006 – nur schriftlich – an die **KZV Nordrhein, Abt. Reg./Zul., Lindemannstr. 34-42, 40237 Düsseldorf** unter dem Kennwort/Praxisausschreibungen unter Angabe der jeweiligen Kenn-Nr. (Rückfragen unter Tel. 02 11 / 96 84-2 71 / 3 34, Herr Rees oder Frau Diering). Später eingehende Bewerbungen können aufgrund dieser Ausschreibungen nicht mehr berücksichtigt werden.

Kammerversammlung am 13. 5. 2006

Resolution und Anträge

Resolution zur GOZ-Novellierung

Die Mitglieder der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein fordern die Verantwortlichen im Bundesministerium für Gesundheit auf, die wissenschaftliche Leistungsbeschreibung der BZÄK bei der anstehenden GOZ-Novellierung als Grundlage anzuerkennen.

Die GOZ wurde seit 18 Jahren weder finanziell noch wissenschaftlich den Gegebenheiten der modernen Zahnmedizin angepasst. Bestrebungen, die GOZ an den BEMA anzugleichen, sind abzulehnen, da der BEMA aus wirtschaftlichen Zwängen heraus keinesfalls das gesamte Spektrum einer umfassenden und individuell angepassten Therapie beinhaltet.

Es wird höchste Zeit, eine Gebührenordnung zu entwickeln, die den wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde widerspiegelt und auch eine zukünftige Weiterentwicklung zulässt. Die von der BZÄK in Zusammenarbeit mit der DGZMK entwickelte Neubeschreibung der Zahnheilkunde bietet hierzu eine hervorragende Grundlage.

Klaus Peter Haustein

Antrag 1 Hilfestellung zum MPG und zur RKI-Richtlinie

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein fordert den Vorstand der Zahnärztekammer Nordrhein auf, der Kollegenschaft zeitnah umfassende Hilfestellungen für die Umsetzung der Normen des Medizinproduktegesetzes und im Besonderen der RKI-Richtlinie an die Hand zu geben.

Begründung:

In der Kollegenschaft herrscht eine große Verunsicherung darüber, wie das MPG und die Hygienerichtlinie in der Praxis umzusetzen sind. Die im MPG und in der RKI-Richtlinie enthaltenen Normen und Anweisungen sind teilweise sehr vage gehalten und lassen unterschiedliche Auslegungen zu.

Deshalb wäre ein pragmatischer Leitfaden mit Hilfestellungen und konkreten Beispielen für die Kollegenschaft äußerst hilfreich.

Klaus Peter Haustein

Antrag 2 Aufforderung an die Dentalindustrie

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein bittet den Vorstand der Zahnärztekammer Nordrhein, die Dentalindustrie aufzufordern, nur noch Produkte auszuliefern, die den Anforderungen des MPG entsprechen.

Außerdem sind alle nach dem MPG erforderlichen Dokumente (Produktinformationen) unverzüglich bereitzustellen.

Begründung:

Versuche, die Anforderungen des MPG in der Praxis umzusetzen, haben gezeigt, dass zahlreiche Dentalfirmen bisher z. B. keine Arbeitsanweisungen zur Wiederaufbereitung von Medizinprodukten zur Verfügung stellen. Außerdem werden immer noch z. B. Sterilisatoren und Behandlungseinheiten ausgeliefert, die keineswegs den Normen des MPG einschließlich der RKI-Richtlinie entsprechen.

Hier sollte die Zahnärztekammer Nordrhein ihren Einfluss geltend machen und entsprechend intervenieren.

Klaus Peter Haustein

Antrag 3 Novelle des Versicherungs- vertragsgesetzes

Die Mitglieder der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein lehnen den Gesetzentwurf zum Versicherungsvertragsgesetz in der derzeitigen Fassung ab. Der Referentenentwurf bedeutet eine grundsätzliche Abkehr von der bisherigen Trennung der Rechtskreise Patient, Zahnarzt und Versicherter/Versicherung auf der anderen Seite.

Die geplanten Änderungen gefährden die Souveränität des mündigen Patienten

und leisten Einkaufsmodellen Vorschub, wodurch die freie Arztwahl eingeschränkt wird.

Begründung:

Durch die geplanten Gesetzesänderungen werden die freie Berufsausübung, die Therapiefreiheit und die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient und Zahnarzt den ökonomischen Interessen der Versicherer geopfert.

Klaus Peter Haustein

Antrag 4 Erhalt der Freiberuflichkeit

Die Mitglieder der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein lehnen den Referentenentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz trotz einiger begrüßenswerter Ansätze im Hinblick auf die Liberalisierung der Berufsausübung in der derzeitigen Fassung ab.

Mit den geplanten Änderungen wird eine grundsätzliche Abwendung von den bisherigen Grundsätzen einer Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung durch niedergelassene, freiberuflich und in voller Eigenverantwortung tätige Vertragszahnärzte eingeleitet. Dies würde mittel- und langfristig dazu führen, dass nicht mehr das Wohl des Patienten und die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung im Vordergrund stehen, sondern primär ökonomische Gesichtspunkte bei der Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Begründung:

Die geplanten Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und im Besonderen die im § 24 Abs. 3–5 und § 33 Abs. 2 vorgesehenen Neuerungen erlauben die Bildung von Praxisnetzwerken und Zweitpraxen innerhalb von ganz Deutschland; Ärzte und Zahnärzte können zahlenmäßig unbegrenzt Ärzte und Zahnärzte anstellen.

Dies wird vor allem im Zusammenhang mit so genannten Einkaufsmodellen dazu führen, dass die tradierten Praxisformen aussterben werden und damit die Ausübung der Zahnheilkunde nach den Grundsätzen eines freien Berufes unmöglich wird.

Zusätzlich wird durch die de facto Aufhebung der Residenzpflicht der Patientenschutz gefährdet.

Klaus Peter Haustein

14. Legislaturperiode 2006 bis 2009

Zahnärztekammer Nordrhein

Ausschüsse bzw. Referenten und deren Stellvertreter

Prüfungsausschuss Kieferorthopädie

Mitglieder:

Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich
Dr. Wilfried Adels
Dr. Peter Posselt

Stellvertretende Mitglieder:

Prof. Dr. Dieter Drescher
Dr. Thomas Kreis
Dr. Andreas Schumann

Prüfungsausschuss Oralchirurgie

Mitglieder:

Prof. Dr. Gerhard Wahl
Dr. Waldemar Beuth
Dr. Klaus Görgens

Stellvertretende Mitglieder:

Prof. Dr. Jürgen Becker
Dr. Ralf T. Lange
Dr. Mathias Sommer
ZA Jörg Weyel

Sozialausschuss

Mitglieder:

ZÄ Uta Frank
Dr. Brigitte Janssen-Storm
Dr. Eitel Pfeiffer

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. Dietmar Viertel
ZÄ Lieselotte Rabe

Rechnungsprüfungsausschuss (fraktionsgebunden)

Mitglieder:

Dr. Bernd Driessen
Dr. Wolfgang Schnickmann
Dr. Dr. Ing. Ulrich Isensee
Dr. Reiner Konopka
ZA Wilfried Bär
Dr. Vera Krone

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. Egon-Erwin Janesch
Dr. Edgar Wienfort
Dr. Klaus Sälzer
Dr. Thorsten Haussühl
Dr. Helmut Engels
ZA Thomas Grün

Haushaltsausschuss (fraktionsgebunden)

Mitglieder:

ZA Andreas Kruschwitz
ZA Evertz Lindmark

Dr. Klaus Sälzer
Dr. Thorsten Haussühl
Dr. Donald Moeder
Dr. Christoph Schuler

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. Ernst Goffart
Dr. Stephan Kranz
Dr. Dr. Ing. Ulrich Isensee
Dr. Reiner Konopka
Dr. Elgin Haase
ZA Michael Fox

Referent für Fragen der Kieferorthopädie

Dr. Heiko Gerken

Stellvertreter:

Dr. Veit Stelte

Referent für Fragen der Oralchirurgie

Prof. Dr. Jürgen Becker

Stellvertreter:

Prof. Dr. Gerhard Wahl

Referent für Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitswesen

Dr. Linda Weidenhaupt

Stellvertreter:

Dr. Dirk Erdmann

Referent für Hochschulfragen

Prof. Dr. Dieter Drescher

Stellvertreter:

Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich

Mitglieder in gesetzlich vorgeschriebenen Ausschüssen und deren Stellvertreter Schlichtungsausschuss

Mitglieder:

Dr. Rolf Blaich
Dr. Gero Kroth
Dr. Harald Krug

Stellvertreter:

Dr. Jürgen Appelt
Dr. Hans-Joachim Lintgen
Dr. Hartmut Wengel

Güteausschuss (personengebunden)

Mitglieder:

Dr. Hans Werner Timmers
RA Stefan Pyrkosch
ZMF Christine Schlinge

Stellvertreter:

Dr. Jürgen Weller
RA Joachim Mann
ZMF Margarete Merges-Krause
ZMF Michaela Köhler-Kaleta

Satzungsausschuss (fraktionsgebunden)

Mitglieder:

Dr. Josef Lynen
ZA Udo von den Hoff
Dr. Gerd Mayerhöfer
Dr. Volker Krug
Prof. (RO) Dr. Werner Becker
Dr. Klaus Rübenstahl

Stellvertreter:

Dr. Fritz Schmitz
Dr. Jürgen Zitzen
Dr. Klaus Sälzer
Dr. Peter Dygatz
Dr. Donald Moeder
Dr. Ralph-Peter Hesse

Wahl von 16 Delegierten und Stellvertretern (fraktionsgebunden) für die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer

Mitglieder

Dr. Georg Arentowicz
Dr. Rüdiger Butz
Dr. Klaus Görgens
Dr. Peter Minderjahn
Dr. Jürgen Weller
Dr. Johannes Szafraniak
Dr. Hans Werner Timmers
Dr. Ullrich Wingenfeld
ZA Ralf Wagner
ZA Klaus Peter Haustein
Dr. Klaus Sälzer
ZA Bernd Schmalbuch
Dr. Klaus Rübenstahl
Dr. Harald Wenzel
Dr. Peter Dygatz
Dr. Christel Pfeifer

Stellvertreter:

Dr. Wolfgang Eßer
Dr. Kurt J. Gerritz
Dr. Hans-Joachim Lintgen
ZA Martin Hendges
Dr. Susanne Schorr
ZA Evertz Lindmark
Dr. Christian Pilgrim
Dr. Wilfried Adels
ZA Udo von den Hoff
Dr. Judith Richter
Dr. Felicitas Tritz-Rommerskirchen
Dr. Gerd Mayerhöfer
Dr. Ralph-Peter Hesse
Dr. Winfried Will
Dr. Antje Hilger-Rometsch
Dr. Paula Göser-Pfeifer

Interview mit dem KZV-Vorstandsvorsitzenden Ralf Wagner

VÄndG unverändert tückisch



Ralf Wagner

Foto: Neddermeyer

Am 24. Mai 2006 verabschiedete das CDU/CSU-SPD-Bundeskabine-tt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in einer überarbeiteten Fassung. Es soll am 1. Januar 2007 in Kraft treten. Zunächst stehen jetzt aber die Beratungen im Bundesrat und im Bundestag an. Gegenüber dem Referentenentwurf, den ZA Ralf Wagner in der letzten Vertreterversammlung in zentralen Punkten kritisierte (vgl. RZB 6-2006, S. 265), wurden einige Passagen revidiert. Die zentralen Regelungen sind aber bislang trotz zahlreicher Vorschläge der KZBV und der KZV Nordrhein unverändert bestehen geblieben. Welche Auswirkungen hat das jetzt „VÄndG“ abgekürzte Gesetz auf die zahnärztliche Berufsausübung ab dem nächsten Jahr? Welche langfristigen Veränderungen sind in den nächsten Jahren in der heute durch Einzelpraxen geprägten zahnärztlichen Landschaft zu erwarten?

Rede und Antwort stand der Vorstandsvorsitzende der KZV Nordrhein Ralf Wagner, ein exzellenter Kenner der Materie, am 13. Juni 2006 in Düsseldorf Dr. Uwe Neddermeyer.

■ **RZB:** Herr Wagner, bei der letzten Vertreterversammlung haben Sie vor den Folgen des damals noch VÄG genannten Entwurfs eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes gewarnt. Gilt Ihre Kritik auch dem geänderten Gesetzestext?

Wagner: Ja, selbstverständlich! Leider ist an den besonders problematischen Punkten dieses Gesetzes bislang nichts geändert worden. Das ist auch nicht verwunderlich, da der Gesetzgeber bislang

gleiche Regelungen für Ärzte und Zahnärzte vorsieht. Man hört aus den Kreisen der Ärzte, dass sie große Teile der neuen Regelungen begrüßen. Bei uns Zahnärzten herrschen aber ganz andere Verhältnisse. Insofern müssen wir versuchen, für Zahnärzte gesonderte Bestimmungen zu erreichen – das heißt aber ganz dicke Bretter bohren. Das Gesetz geht am 21. Juni in den Ausschuss des Bundesrates, nach der Sommerpause kommt die erste Lesung im September, danach die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages und weitere Beratungen. Deshalb gibt es sicherlich bis September oder Anfang Oktober noch Möglichkeiten, Änderungsvorschläge einzubringen. Es stehen übrigens auch neue Regelungen im Gesetz, die ich durchaus begrüße. Das sollte man bei allen Befürchtungen nicht völlig unterschlagen. Beispielsweise ist – im Unterschied zum Referentenentwurf im Kabinettsentwurf – die Regelung zur Praxisgebühr relativiert worden. Das wird sich für die Zahnärzteschaft positiv auswirken und vielleicht auch den Ärzten, die an diesem Punkt bislang wesentlich schlechter abgeschnitten haben, neue Chancen eröffnen.

■ **RZB:** Ist es überhaupt möglich, gesonderte Regelungen für die Zahnärzte zu erreichen?

Wagner: Das ist unser großes Ziel seit etwa 15 Jahren. Damals hat uns der damalige Vorsitzende des Sachverständigenrates Professor Henke (Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, der langjährige Vorsitzende des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; die Red.) anlässlich einer Tagung auf Norderney ins Gebetbuch geschrieben, in sich dazu eignenden Situationen immer wieder zu versuchen, dem Gesetzgeber bzw. den Politikern vor Augen zu führen, dass die unterschiedlichen Probleme bei Ärzten und Zahnärzten auch unterschiedliche Regelungen erfordern. Ich muss zugeben, dass uns dies bis heute leider nur höchst unvollkommen gelungen ist. Wir bemühen uns aber weiterhin intensiv darum.

■ **RZB:** Wo liegen wesentliche Unterschiede zwischen Ärzten und Zahnärzten?

Wagner: Nur zwei Beispiele: Zum einen sind in jeder KV ganz unterschiedliche Facharztgruppen vertreten, dazu kommt noch die große Gruppe der Hausärzte. Eine äußerst schwierige Situation für die KVen, insbesondere was die Honorarverteilung angeht. Dadurch entstehen Reibungsflächen, die es bei uns Zahnärzten – Gott sei Dank – nicht gibt. Ein zweiter wesentlicher Unterschied ist die Tatsache, dass wir Zahnärzte uns mit gutem Grund weiterhin als Generalisten sehen. Insofern erkennen wir zwar die Spezialisierung der Kieferorthopäden und Facharztgruppen wie die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder die Oralchirurgen selbstverständlich als notwendig an, aber innerhalb unseres Fachgebietes sehen wir keine solche Spezialisierung.

■ **RZB:** Der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler hat geäußert, dass er das VÄndG wegen der „lange überfälligen Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit“ grundsätzlich für richtig halte. Ärzte und Zahnärzte haben sich in der Vergangenheit wiederholt für eine Liberalisierung des Berufsrechts ausgesprochen. Auch die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer kann man als extrem liberal charakterisieren.

Sinnvoll: Eigene Regelungen für Zahnärzte

Wagner: Man darf nicht den Fehler machen, eine Musterberufsordnung, die sich auf die gesamte zahnärztliche Tätigkeit bezieht, mit dem Vertragsarztrecht in einen Topf zu werfen. Im Vertragsarztrecht arbeiten wir unter tausend bürokratischen Hemmnissen, genannt seien nur die Budgets und die Degression. Deshalb kann man die Musterberufsordnung nicht eins zu eins übertragen.

INFODENTAL²⁰⁰⁶
DÜSSELDORF

16.0%
September

16. September '06

9:00 - 17:00 Uhr

Neue Halle 8

Messe Düsseldorf

www.infodental-duesseldorf.de

Der Ansicht von Dr. Köhler stimme ich dennoch in weiten Teilen auch für die Zahnärzte zu. Eine Liberalisierung tut Not. So ist es beispielsweise nicht einzusehen, dass wir momentan Regelungen haben, nach denen normale Angestelltenverhältnisse bei Zahnärzten nicht möglich sind. Derzeit ist in gesperrten und nicht gesperrten Gebieten eine Anstellung eines Zahnarztes daran gebunden, dass die aufnehmende Praxis sich einer Mengenbegrenzung auf eine Zunahme von nicht mehr als drei Prozent unterwirft. Diese Regelung, die seit langen Jahren besteht und von uns immer wieder kritisiert wurde, hat dazu geführt, dass es so gut wie keine angestellten Zahnärztinnen und -ärzte mehr gibt. Wir hatten tatsächlich zuletzt nur eine einstellige Zahl an Genehmigungen von angestellten Zahnärzten, während es vor dieser Regelung einige hundert waren. Gerade Frauen wollen eventuell auch mehrere Jahre im Angestelltenverhältnis bleiben. Das ist kein Zustand, da sind die Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz absolut zu begrüßen. Die Regelung, nach der mehrere Ärzte angestellt und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gebildet werden können, sehe ich allerdings in dieser Kombination im Unterschied zu Dr. Köhler sehr kritisch und als existenzbedrohlich für die Einzelpraxis an.

■ **RZB:** *Wird es in Zukunft vermehrt angestellte Zahnärzte geben?*

Wagner: Hoffentlich ja. Ich erwarte das gerade in Nordrhein in besonderem Maße, weil es bei uns nur zwei zulassungsgesperrte Gebiete gibt: Bonn und Mülheim an der Ruhr. Laut Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird die Drei-Prozent-Regelung in allen anderen Gebieten ersatzlos entfallen. Hierdurch werden vermehrt Beschäftigungschancen geschaffen für Zahnärzte, die den Schritt in die finanzielle Selbstständigkeit noch nicht machen wollen.

■ **RZB:** *Als Begründung für die Notwendigkeit des Gesetzes dient den Politikern das Problem der Unterversorgung einiger Regionen insbesondere im Osten Deutschlands.*

Wagner: Bei den Ärzten ist die Situation ganz anders als bei den Zahnärzten. In einigen neuen Bundesländern besteht bei den Fachärzten zum Teil bereits heute akuter Ärztemangel. Insofern wird man dort wohl um überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften nicht herumkommen, etwa Fachärzte aus Hamburg, die in Mecklenburg eine weitere

Praxis aufmachen. Bei den Vertragszahnärzten sieht das ganz anders aus. Wir haben Jahr für Jahr einen Nettozuwachs von ein bis zwei Prozent und fast überall tendenziell Überversorgung. Wenn man zudem die Zahl der Studienabgänger und der potenziellen Altersabgänge vergleicht, ist in den nächsten Jahren ein weiterer Zuwachs zu erwarten. Die Zahnarztichte ist in den neuen Bundesländern sogar höher als in den alten, so dass auch dort kein Mangel zu befürchten ist.

■ **RZB:** *Der Referentenentwurf des VändG regelt die Erhebung der Praxisgebühr generell. Die Zahnärzte müssten damit die schlechteren Bestimmungen der Ärzte übernehmen!*

Wagner: Hier gibt es aufgrund unserer intensiven Bemühungen auf Bundes- und Landesebene gegenüber dem Referentenentwurf in der Fassung des Bundeskabinetts eine zusätzliche Passage, die den ursprünglichen Text einschränkt. Danach kann in den Bundesmantelverträgen ein abweichendes Verfahren vereinbart werden. Derzeit gilt im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ein anderes und besseres Verfahren als bei den Ärzten. Der Zahnarzt ist bei Nichtbezahlung der Praxisgebühr zu einer Mahnung verpflichtet, bei der Eintreibung ausstehender Gebühren werden dann aber die Krankenkassen in die Pflicht genommen. Bei den Ärzten haben diese Aufgabe aus für mich nicht nachvollziehbaren Gründen die KVen übernommen, ohne eine Schiedsamtentscheidung abzuwarten. Dr. Wolfgang Eßer und ich sind sehr stolz auf die von uns erreichte Schiedsamtentscheidung und freuen uns außerordentlich, dass die darin enthaltene Regelung, die uns doch sehr entlastet, zumindest vorerst weiter Bestand hat.

Drohend: Satelliten- bzw. Kettenpraxen

■ **RZB:** *Sie haben gerade die Regelung des VändG kritisiert, nach der mehrere Ärzte angestellt und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gebildet werden können. Von verschiedener Seite wurde und wird davor gewarnt, dass dadurch die Einzelpraxis gefährdet wird, die in Deutschland Garant der guten medizinischen Versorgung ist.*

Wagner: Damit sind wir beim Kernpunkt angelangt. Unsere Hauptkritik richtet sich genau gegen diesen Punkt. Gefahr für die Einzelpraxis entsteht durch zwei

Regelungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: zum einen durch die Möglichkeit, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sogar über KZV-Grenzen hinweg aufzustellen, die größtmäßig nicht limitiert sind, und zum anderen durch die Erlaubnis, eine unbegrenzte Zahl von angestellten Zahnärzten zu beschäftigen. Aus der Kombination beider Regelungen erwächst die Gefahr, dass sich kapitalkräftige Finanzgeber Zahnärzte mit Niederlassung besorgen und dann Satelliten- bzw. Kettenpraxen mit angestellten Zahnärzten betreiben. Wir wissen, dass bereits zwei Unternehmen auf diesem Gebiet tätig sind. Dies würde dazu führen, dass es Zahnarztpraxen gibt, die nach außen wahrscheinlich kaum erkennbar als isolierte Praxis auftreten, aber lediglich von Angestellten geführt werden. Diese Loslösung von der eigenverantwortlichen Freiberuflichkeit wird Probleme in der Preisgestaltung und in der Art der Vertragsgestaltung mit sich bringen. Das liegt für uns auf der Hand.

■ **RZB:** *Könnte man ein Schreckensbild malen, nach dem in Zukunft Ketten und medizinische Versorgungszentren die zahnärztliche Versorgung dominieren?*

Wagner: Natürlich ist nicht anzunehmen, dass bereits 2007 oder 2008 die ganze Bundesrepublik von Ketten überschwemmt wird. Wenn Sie aber einen Zeitraum von zehn Jahren und mehr meinen und sich auf die Ballungszentren konzentrieren, kann man diese Befürchtung äußern. Hier gilt: Wehret den Anfängen, damit nicht in zehn oder 15 Jahren die Landschaft völlig verändert und von Ketten wie bei den Optikern dominiert wird. Die Bevölkerung, das wissen wir, will interessanterweise so etwas gar nicht haben. Zudem, wenn sich heute Zahnärzte zusammenschließen wollen, so haben sie die Möglichkeit, über eine Partnerschaftsgesellschaft auch überörtlich tätig zu sein. Insofern fehlt dem Gesetzesentwurf hier die sensationelle Liberalisierung, die ihm von Seiten des Gesetzgebers angepöbelt wird.

■ **RZB:** *Sie kennen bereits Unternehmen, die auf diesem Gebiet tätig sind?*

Wagner: Aus Presseberichten ist uns bekannt geworden, dass eine Formation, die sich „McZahn“ nennt – bitte nicht mit „McDent“ verwechseln – 459 Zahnarztpraxen in überschaubarer Zeit in Deutschland unter ihre Fittiche bringen will. Insbesondere über das Vehikel

des chinesischen Zahnersatzes möchte sie diese zu einer Praxiskette zusammenführen. Außerdem ist von einer Anlagegesellschaft (MedPro Group Partnership Corp. & Co. KG) die Rede, die vorhat, innerhalb der nächsten fünf Jahre eintausend Praxen in Deutschland zu organisieren. Dieses Geschäftskonzept wird bereits beworben. Es basiert darauf, Praxen zu übernehmen, die verkauft werden. Nach eigenen Angaben hat man bereits 20 Zahnarztpraxen aufgekauft.

■ **RZB:** *Wie wirkt sich das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auf die Arbeit der KZVen aus?*

Wagner: Diese Frage beantworte ich mit einer gehörigen Portion Unbehagen. Für uns spielt bei der Beurteilung eines Gesetzes nicht vordringlich die Frage eine Rolle, ob es für die KZV bequem oder unbequem, schön oder unschön ist. Vielmehr steht im Vordergrund die Frage, was führt für die Kollegen zu verbesserten Verhältnissen, was sichert den Patienten weiterhin die bislang so hervorragende Versorgung. Solange die gesetzlichen Repressalien wie HVM, Wirtschaftlichkeitsprüfung und insbesondere die Degression weiter bestehen, wird eine KZV von den im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erlaubten überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften allerdings daran gehindert, ihren Aufgaben in sinnvoller und gerechter Weise nachzukommen. Mir wäre daran gelegen, dass diese Repressalien abgeschafft werden, aber nicht die Möglichkeiten liberalerer Berufsausübung. Bei der jetzigen budgetierten Situation könnten die vorgeschlagenen Neuerungen allerdings zu erheblichen Ungerechtigkeiten führen. Und solche Regelungen möchte wohl keine KZV gerne weiter ausgestalten. Man stelle sich einmal vor, es bildet sich eine Berufsausübungsgemeinschaft von 200 Kollegen, von denen nur einer seinen Sitz im Bereich unserer KZV hat. Diese erkennen, dass die Budgetverteilung in Nordrhein für sie besonders günstig zugeschnitten ist und hier zudem genügend Budget zur Verfügung steht. Dann liegt es für diese Gruppe nahe und ist auch erlaubt, die gesamte Abrechnung nicht in ihrem hauptsächlichen Herkunftsland einzureichen, sondern bei dem einen Kollegen zu platzieren, der in Nordrhein niedergelassen ist. Damit gerieten unsere Budgetgestaltung und der HVM ins Schleudern. Das kann nicht im Sinne einer gerechten



ZA Ralf Wagner und Dr. Uwe Neddermeyer (v. r.).

Foto: C. Müller

Honorarverteilung sein. Nicht zu vergessen ist, dass es zu einer weiteren Bürokratievermehrung käme. Der Datenaustausch, der im Gesetz zwischen den KZVen vorgesehen ist, übersteigt so langsam das menschlich Vorstellbare.

■ **RZB:** *Was ist von Einzelverträgen zur integrierten Versorgung zu halten, wie sie jetzt in Bayern als Modellvorhaben von der AOK geschlossen worden sind?*

Abzulehnen: Einzelverträge zur integrierten Versorgung

Wagner: Ich folge der Auffassung der KZV Bayerns und einer Resolution, die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung verabschiedet wurde. Danach ist dieses Vorhaben grundsätzlich abzulehnen. Schon allein wegen der ungeklärten Frage, woher auf Dauer das Geld für das Projekt kommen soll. Aktuell mussten die Ärzte erst einmal ein Prozent ihrer Gesamtvergütung für das Modellvorhaben abgeben. Dadurch wurden die Zahnärzte geködert. Diese Finanzierung läuft aber aus. Nicht klar ist, woher das Geld später kommen wird. Sollte demnächst das Gesamtbudget der Zahnärzte um diese Sonderbeträge gemindert werden, so kann sich jeder ausrechnen, wie über die Budgetierung und die Abfederung im HVM dieses Vorhaben von den Kollegen selbst finanziert wird. Dadurch wird besonders deutlich, wie unsinnig dieses Vorhaben ist, das negative Auswirkungen auf die Zahnärzte haben wird. Es handelt sich um einen Alleingang der AOK Bayern ohne Absprache mit der Landes-KZV. Zwar ist der Vorsitzende einer zahnärztlichen Gruppierung am Zustandekommen des Vertrages beteiligt gewesen, er ist aber wegen dieses Vertrages auch in der eigenen Gruppierung unter Kritik geraten. Ziel der AOK Bayerns ist es, Teile der Versorgung aus

dem Verantwortungsbereich der KZV zu lösen, um Verträge direkt mit Zahnärzten schließen zu können. Es gibt zudem höchst bedenkliche Details in diesem Vertrag. Die Abrechnung läuft über eine Gesellschaft, die für die Krankenkassen bereits bei anderen Einzelverträgen tätig ist. Im Falle einer Begutachtung wird diese durch angestellte Zahnärzte durchgeführt. Dadurch verliert der Zahnarzt den körperschaftlichen Schutz in einem für ihn existenziell wichtigen Punkt.

■ **RZB:** *Würden Sie jungen Kollegen noch raten, eine Einzelpraxis zu gründen bzw. zu übernehmen?*

Wagner: Eine solche Frage lässt sich nicht generell beantworten. In vielen Fällen kann man durchaus noch zu diesem Schritt raten, auch wenn bei der Einzelpraxis die finanziellen Belastungen höher liegen, als wenn man sich diese mit anderen teilen kann. Wenn man eine Praxis übernehmen möchte, die bislang als Einzelpraxis so gerade ihre wirtschaftliche Existenzberechtigung hatte, wird man daraus wohl kaum eine größere Praxis machen können. Gerade auf dem Land sind manche Praxen in ihrem Volumen so begrenzt, dass man sie nur alleine führen kann. Dennoch ist die gemeinschaftliche Berufsausübung sicherlich eine Praxisform der Zukunft. Das lässt sich bereits aus der Zulassungsstatistik der letzten Jahre entnehmen. Für die gemeinschaftliche Berufsausübung stehen derzeit mit Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaftsgesellschaft äußerst vernünftige Organisationsformen zur Wahl. Wenn ich Ihre Frage generell beantworten soll, dann möchte ich abschließend sagen, dass man auch in der heutigen Zeit noch den Mut haben kann und den Mut haben sollte, sich niederzulassen in der für den Ort und den Bezirk adäquaten Niederlassungsform.

Der Referent für Berufsausübung informiert

Medizinproduktegesetz RKI-Richtlinie Rahmenhygieneplan

Was man weiß – und was man wissen sollte

Wohl keine Ankündigung eines neuen Regelwerkes hat im zahnärztlichen Berufsstand so viel Irritationen und Mutmaßungen ausgelöst wie die neue RKI-Richtlinie und der neue Rahmenhygieneplan von BZÄK und DAHZ.

Seit dem 1. 4. 2006 ist die RKI-Richtlinie durch ihre Veröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt nunmehr in Kraft. Sie beinhaltet die spezifischen Hygieneanforderungen für Zahnarztpraxen. Obwohl diese Richtlinie nur eine unverbindliche Empfehlung zur Infektionsprävention darstellt, kommt ihr eine zentrale Bedeutung zu. Die Nichteinhaltung der RKI-Empfehlung lässt zwar noch nicht den Schluss zu, dass die grundlegenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten nicht eingehalten werden, hat aber im Falle einer juristischen Auseinandersetzung mit dem Patienten oder der Behörde zur Folge, dass der Betreiber die Ordnungsmäßigkeit seiner Aufbereitung im Einzelnen festzustellen und nachzuweisen hat.

Auf die übrigen Gesetze, Verordnungen und technischen Regeln und Normen soll hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht weiter eingegangen werden. Erwähnt seien nur das Infektionsschutzgesetz, das Medizinproduktegesetz, die Biostoffverordnung, die Medizinproduktebetriebsverordnung etc.

Eine Analyse und eine Bewertung sind jetzt für jede Praxis unumgänglich. Zukünftig werden an Geräte, Dokumentation und Materialien andere Anforderungen gestellt werden. Dass die Analyse und die Bewertung auch in den Fachgremien noch nicht abgeschlossen sind, zeigt sich daran, wie Aussagen, die heute auf Fortbildungen getätigt werden, häufig schon morgen revidiert werden müssen. Dadurch kommt und kam es zu sehr viel Verwirrung. Leider

muss auch festgestellt werden, dass finanziell interessierte Kreise sehr wohl die Verwirrung innerhalb der Kollegenschaft für ihre eigenen Ziele nutzen. An dieser Stelle soll der Versuch unternommen werden, den Stand der Diskussion zum jetzigen Zeitpunkt wertfrei zu beschreiben. Weiterhin sollen hilfreiche Aussagen zu häufig gestellten Fragen für Sie getroffen werden.

Zum praktischen Vorgehen in Ihrer Praxis

Diejenigen unter Ihnen, die die Vorschläge aus dem „Handbuch für die Zahnarztpraxis“ der Version 2.1, hier insbesondere der Kapitel 3. Hygieneplan, 9. Betrieb und Anwendung von Medizingeräten und Medizinprodukten, bereits umgesetzt haben, müssen nur noch die Veränderungen, die sich durch die neue RKI-Richtlinie ergeben, einarbeiten. Des Weiteren sollten Sie den neuen Rahmenhygieneplan auf Ihre Praxis anpassen.

Für alle übrigen Kollegen sollen im Folgenden Empfehlungen gegeben werden, wie Sie Ihr individuelles Hygienemanagement überprüfen und gegebenenfalls verbessern können. Als Grundlage dienen das „Handbuch für die Zahnarztpraxis“, das über die Zahnärztekammer Nordrhein zu beziehen ist. Die RKI-Richtlinie vom 1. 4. 2006 ist eingestellt im Internet unter www.rki.de, und der Rahmenhygieneplan der Bundeszahnärztekammer und des DAHZ ist eingestellt im Internet unter www.bzaek.de (veröffentlicht in den ZM 5/ 2006). Beide Dokumente finden Sie auch auf der Homepage der Zahnärztekammer Nordrhein www.zaek-nr.de und dann „Praxis Special“ und „MPG“.

Der Rahmenhygieneplan beinhaltet sowohl Arbeitsanweisungen als auch eine exemplarische Auflistung und Einteilung Ihrer Medizinprodukte in Risikogruppen. Sie müssen diesen Plan den spezifischen Anforderungen Ihrer Zahnarzt-



Dr. Johannes Szafraniak

Foto: ZÄK

praxis durch individuelle Überarbeitung anpassen.

Das Handbuch gibt Ihnen Hilfestellung für die korrekte Dokumentation der in Ihrer Einrichtung betriebenen Medizinprodukte nach Produktgruppen. Anweisungen zum Führen eines Medizinproduktebuches und Bestandsverzeichnisses nach Paragraphen 7 und 8 der Medizinproduktebetriebsverordnung sind in Kapitel 9 enthalten. Soweit Betreiber vor Inkraft-Treten der Medizinproduktebetriebsverordnung im Jahre 2002 für ein Medizinprodukt bereits ein Gerätebuch nach der Medizingeräteverordnung geführt haben, darf dieses als Medizinproduktebuch im Sinne der Medizinproduktebetriebsverordnung weitergeführt werden.

Die Dokumentation der Instandhaltung der Medizinprodukte gemäß Paragraph 4 Medizinproduktebetriebsverordnung kann im Medizinproduktebuch erfolgen. Die Dokumentation über Ausbildung und Schulung der Anwender von Medizinprodukten gemäß Paragraph 2 Medizinproduktebetriebsverordnung sollte bei den Einweisungen des Personals und den Belehrungen dokumentiert werden. Wie Festlegungen und wie Vorkommnisse im Sinne des Paragraphen 3 Medizinproduktebetriebsverordnung gemeldet werden, entnehmen Sie dem Formblatt am Ende von Kapitel 9 des „Handbuchs für die Zahnarztpraxis“ der Zahnärztekammer Nordrhein.

Die RKI-Richtlinie beinhaltet alles, was Sie zum Thema Anforderungen an die Hygiene in Ihrer Praxis wissen müssen. Deshalb empfehle ich Ihnen diese Richtlinie zur intensiven Lektüre.

Besonders eingehen möchte ich auf folgende Punkte/Praxistipps:

- **Händehygiene**

Da die Hände des Personals das wichtigste Übertragungsmedium sind, sollte diesem Kapitel sowohl bei den Belehrungen des Personals als auch beim Ausfüllen des Rahmenhygieneplans besondere Beachtung geschenkt werden.

- **Einmalgebilde**

Für die hygienische Händedesinfektion ist auch weiterhin ein Umfüllen von Groß- auf Kleingebilde unter Beachtung der aufgeführten Kriterien in Kapitel 3.1.2 erlaubt.

- **Schutzhandschuhe**

Benutzen Sie nur ungepuderte proteinarmer Handschuhe.

- **HIV-Expositionsprophylaxe**

Die aktuelle Fassung finden Sie unter www.rki.de.

- **„Sterilgutassistentin“**

Mit der Instandhaltung (Wartung, Inspektion, Instandsetzung und Aufbereitung) dürfen nur Personen beauftragt werden, die aufgrund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen speziellen Sachkenntnisse verfügen. Die in der Vergangenheit gestellte Forderung nach einer Sterilgutassistentin entbehrt der

erforderlichen Rechtsgrundlage. Über Inhalte und Formen der Nachschulung unserer Mitarbeiter wird zurzeit verhandelt. Wenn hier die Ergebnisse vorliegen, wird die Zahnärztekammer Nordrhein Ihren Mitarbeitern die entsprechenden Schulungen anbieten.

- **Aufbereitung von Medizinprodukten**

Art und Umfang der Aufbereitung sind von den Medizinprodukten und deren vorgesehener Anwendung sowie den Angaben des Herstellers abhängig. Hierzu muss eine Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte vor der Aufbereitung erfolgen, aus der hervorgeht, ob, wie oft und mit welchem Verfahren die jeweiligen Medizinprodukte beziehungsweise Produktgruppen aufzubereiten sind. Unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers sind zur Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten geeignete validierte Verfahren anzuwenden. Die verwendeten Desinfektionsverfahren müssen nachweislich bakterizid, fungizid und viruzid sein.

Antworten auf häufig gestellte Fragen finden Sie nachfolgend.

1. Einteilung in Risikogruppen

Die Einteilung in die Risikogruppen wird durch den Rahmenhygieneplan erleichtert. Des Weiteren können Sie die Tabellen im Anhang der RKI-Richtlinie zur Einteilung benutzen.

2. Sterilisation

Zum Thema Autoklav gibt es unterschiedliche Aussagen. Fest steht, dass für neue Geräte eine Erstvalidierung durch den Hersteller zu erfolgen hat, also eine „Werkvalidierung“. Weitere Validierungen in der Praxis entfallen. Ob und inwieweit Altgeräte auch weiterhin Bestandsschutz haben und nicht unter die neue Norm 13060 EN, die in 2004 erlassen wurde, fallen, ist noch nicht abschließend geklärt. Es wird hier Aufgabe der Hersteller sein, auch für Altgeräte entsprechende Verfahrensanweisungen an die Benutzer herauszugeben. Dass nur Autoklaven einer bestimmten Gruppe eine ordnungsgemäße Sterilisation der zahnmedizinischen Instrumente zulassen, ist falsch. Wenn es sich bei dem Hersteller Ihres Autoklaven um einen seriösen Anbieter handelt, wird er Ihnen sicherlich entsprechende Hilfestellung geben und Ihnen dies schriftlich bestätigen.



„Mit dem VR-FinanzPlan bleibe ich flexibel. In jeder Kurve des Lebens.“

Felix Krämer, Fernmeldetechniker, eines unserer Mitglieder.

VR-FinanzPlan

Jeder hat Wünsche, Pläne und Ziele. Wir helfen Ihnen, diese zu verwirklichen. Abgestimmt auf Ihre persönliche Situation entwickeln wir eine individuelle Finanzplanung. Und wenn sich etwas ändert, passen wir Ihren VR-FinanzPlan an. www.vr-nrw.de

Volksbanken
Raiffeisenbanken 

Testverfahren zur Wirksamkeit Ihres Sterilisators: Sollten Sie ein Altgerät besitzen, so sollten Sie weiterhin die geforderten Sporen-Tests benutzen. Ob und inwieweit zusätzliche Chemoindikatoren erforderlich sind, erfragen Sie bitte beim Hersteller. Bei den Neu-Geräten verfahren Sie nach den Herstellerangaben.

3. Desinfektion

Es besteht weiterhin sowohl die Möglichkeit der manuellen Reinigung und Desinfektion als auch der maschinellen Reinigung und Desinfektion. Die Einzelheiten hierzu entnehmen Sie der RKI-Richtlinie. Zum Thema Validierung von Thermodesinfektoren äußerte sich die Firma Miele wie folgt: Alle Geräte ab dem Jahr 1996 (Baureihe 7781) sind validierbar. Umfang und Kosten der Validierung werden zurzeit noch geprüft. Sollten Sie ein Gerät benutzen, welches vor 1996 hergestellt wurde, so ist dieses nur noch zur Reinigung zu benutzen und Sie müssen zusätzlich desinfizieren.

4. Chargendokumentation

Bei allen verpackten Sterilgütern ist eine Kennzeichnung mit Namenszeichen der berechtigten Personen und des Sterilisationsdatums vorzunehmen, um so die Verantwortlichkeiten überprüfen zu können. Ein Sterilisationsprotokoll mit den abzuhakenden Parametern entnehmen Sie bitte der Internetseite der Zahnärztekammer Nordrhein – www.zaek-nr.de. Auszubildende und Ungelernte sind nicht zur Freigabe berechtigt. Darüber hinausgehende Forderungen sind nach Ansicht führender Experten für die Zahnarztpraxis nicht sinnvoll.

5. Wasserführende Systeme

Zurzeit sind hierzu keine gesetzlichen Überprüfungen gefordert.

6. Zu den räumlichen Anforderungen im Aufbereitungsbereich

sagt die RKI-Richtlinie: „Es muss ein eigener Bereich für die Aufbereitung von

Medizinprodukten (Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) und die Abfallentsorgung festgelegt werden. Arbeitsabläufe sind in unreine und reine zu trennen.“ Anderslautende Anforderungen, wie sie vielfach gefordert werden, sind somit nicht gerechtfertigt. Die Lagerung Ihrer Medizinprodukte hat trocken und staubfrei zu erfolgen. Einer Lagerung von Medizinprodukten im Aufbereitungsraum in Schubladen und Schränken steht somit nichts im Wege.

7. Fußböden

Sie sind am Ende des Arbeitstages feucht zu reinigen ohne Zusatz von Desinfektionsmittel. Sichtbar kontaminierte Stellen bedürfen der Desinfektion (siehe RKI-Richtlinie und Rahmenhygieneplan).

8. Bei der Behandlung von Patienten mit Immunsuppression

muss der verantwortliche Zahnarzt das mit der Behandlung verbundene Risiko abwägen und sich dann entsprechend eigenverantwortlich für oder gegen den Einsatz steriler Lösungen zur Kühlung der rotierenden Instrumente auch bei konservierend/prothetischen Behandlungen entscheiden (z. B. Mukoviszidose, Creutzfeldt-Jakob etc.).

9. Kühlschränke

Werden in ihnen Medikamente gelagert, müssen die Geräte mit einem Thermometer versehen werden. Bei angebrochenen Medikamenten ist das Anbruchdatum zu vermerken.

10. Wie lange sind sterilisierte Instrumente lagerfähig?

Hierzu gibt die RKI-Richtlinie, Unterpunkt 4.7, Auskunft: Die Dauer der Lagerfähigkeit von sterilisiertem Gut ergibt sich aus der Verpackungs- und der Lagerungsart. Diese beläuft sich zum Beispiel für eine einfache Klarsichtsterilgutverpackung auf sechs Monate.

11. Rotierende und oszillierende Instrumente

Beispielsweise Bohrer, Fräser, Schleifer, Polierer, Finierer, Bürsten, Kelche, Feilen etc. werden für nichtinvasive Maßnahmen unter Medizinprodukte semikritisch B und für invasive Maßnahmen unter Medizinprodukte kritisch B eingestuft. Das bedeutet für Sie, dass alle der vorgenannten Instrumente – egal für welchen Einsatz sie verwendet werden – erst chemisch oder thermisch gereinigt und anschließend im Dampfsterilisator sterilisiert werden müssen. Bei nichtinvasiven Tätigkeiten können sie unverpackt in Ständern oder Schalen aufbewahrt werden, bei invasiven sind sie verpackt in Folienbeuteln zu lagern.

Für hier und heute möchte ich an dieser Stelle meine Ausführungen schließen. Sicherlich habe ich nicht alle Ihre Fragen beantworten können. Sie werden mit dem im Rheinischen Zahnärzteblatt veröffentlichten Faxanfrageformular Gelegenheit bekommen, weitere Fragen zu stellen. Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit meinen Informationen eine Hilfe für Ihren Praxisalltag geben.

Abschließend möchte ich Sie noch um Folgendes bitten: Misstrauen Sie jedem, der versucht, aus der jetzigen Situation Vorteile zu ziehen. Jede vorschnelle Investition kostet Ihr Geld. Benutzen Sie weiterhin die Informationen, die Ihnen durch die Bundeszahnärztekammer oder uns gegeben werden. Mit unseren Kursen zum Handbuch für die Zahnarztpraxis versuchen wir, Sie laufend auf dem neusten Stand zu halten. Ziel muss es sein, die Maßnahmen zu ergreifen, die tatsächlich dem Schutz des Patienten, des Personals und des Behandlers dienen.

*Dr. Johannes Szafraniak
Mitglied des Vorstandes der
Zahnärztekammer Nordrhein*

Dringender Hinweis!

Die Zahnärztekammer Nordrhein macht darauf aufmerksam, dass Praxisbegehungen (infektionshygienische Überwachung der Zahnarztpraxen) **nur** gemäß §§ 17 und 18 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) i. V. m. § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und § 26 Medizinproduktegesetz (MPG) erfolgen!

Diese Praxisbegehungen werden **schriftlich** durch die zuständigen Bezirksregierungen angekündigt.

So genannte „Praxisbegehungen“ – die aktuell von Unternehmen der Wirtschaft oder sonstigen gewerblichen „Anbietern“ angekündigt werden – sind nicht verpflichtend und können nur auf freiwilliger Basis erfolgen!

Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf



**Das Thema MPG etc. wirft stets neue Fragen auf.
Nicht immer helfen intensive Studien des „Handbuches für die Zahnarztpraxis“
und die aktuellen Veröffentlichungen im „Rheinischen Zahnärzteblatt“.
Deshalb möchte die Zahnärztekammer Sie bei der Beantwortung
Ihrer speziellen Fragen mit diesem Anfragebogen unterstützen.**

Fax-Anfrage an die Zahnärztekammer Nordrhein Telefax-Nr. (02 11/5 26 05 21)

Telefax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

(für Rückantwort)

(Praxisstempel)

Ich bitte um Klärung folgender Frage hinsichtlich der neuen Hygienerichtlinie (RKI):

Zahnärztekammer Nordrhein
40046 Düsseldorf
Postfach 10 55 15

Telefon 02 11/5 26 05 37, Frau Herzog
02 11/5 26 05 41, Frau Pisasale
Telefax 02 11/5 26 05 21

E-Mail: herzog@zaek-nr.de
E-Mail: pisasale@zaek-nr.de

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

Erfurt 2006



Deutsche Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde e.V.

KZBV

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung



BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER



Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e.V.



Standespolitik – Praxis – Wissenschaft

Entscheidungsfindung
in der Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde



www.deutscherzahnarzttag2006.de

23.–25. November, Messe Erfurt

Kassenärzte kritisieren elektronische Gesundheitskarte

Befürchtungen bleiben groß

„Wer übernimmt die Kosten für die Anpassung der Praxen an die Erfordernisse der elektronischen Gesundheitskarte? Müssen bei jedem Kontakt E-Card und Arztausweis eingelesen werden?“ Um Antworten auf diese und weitere offene Fragen zu bekommen, veranstaltete die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe am 13. Mai 2006 einen Informationsnachmittag. Die Befürworter der Telematik unter den Gästen, Dr. Mario Bolte vom Bundesgesundheitsministerium und Mathias Redders vom NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, konnten dabei die Befürchtungen der Delegierten nicht zerstreuen. Die Ärztevertreter halten die E-Card in der jetzigen Form nicht für praxistauglich und sehen Probleme in der Umsetzung, die sich auch in Zahnarztpraxen ergeben könnten. Abschließend wurde deshalb von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten gemeinsam eine Resolution eingebracht und mit nur einer Gegenstimme beschlossen:

„Die Vertreterversammlung lehnt die E-Card zur Zeit ab. Unsere vorgetragenen Bedenken konnten bisher nicht ausgeräumt werden. In der jetzt erarbeiteten Fassung überwiegen die Risiken und Nachteile die denkbaren Vorteile für die Patienten und Vertragsärzte sowie die Vertragspsychotherapeuten, und sie belastet die Arbeitsbeziehung zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient. Im Übrigen fordert die Vertreterversammlung eine vollständige Finanzierung der Einführung und der laufenden Betriebskosten der elektronischen Gesundheitskarte durch die Kassen.“

Einer der Autoren der Resolution, der Allgemeinmediziner Dr. Jürgen Bartels, ist Vorsitzender des Beratenden Ausschusses für die hausärztliche Versorgung der KV Westfalen-Lippe. Der Ausschuss hat einen Katalog mit Kriterien erarbeitet, die als Voraussetzung für eine positive Aufnahme der E-Card durch die Ärzteschaft erfüllt sein müssten. Für das Rheinische Zahnärzteblatt sprach Dr. Uwe Neddermeyer am 30. Mai 2006 mit Dr. Bartels, der seit 1979 im Iserlohner Ortsteil Hennen niedergelassen und Senior einer Partnerschaftsgesellschaft aus vier Ärzten ist.

■ **RZB:** Die E-Card ist anfangs bei den Ärzteprotesten häufig genannt worden. In den letzten Wochen ist das Thema aber eher in den Hintergrund getreten!

Dr. Bartels: Ich war zweimal in Berlin. Da war die eindeutige Stimmung: E-Card, nein! Aber weiter haben wir uns dort nicht mit dem Thema befasst. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat sich aber bei einem Treffen Mitte Mai mit Befürwortern und Gegnern der E-Card über den Stand der Dinge informiert.

■ **RZB:** Trotz einer „intensiven Bearbeitung durch zwei Regierungsvertreter“ haben Sie mit Kollegen eine Resolution verfasst, die sich sehr deutlich gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ausspricht.

Dr. Bartels: Unser Ziel ist keinesfalls, die Einführung der Telematik ins Gesundheitswesen zu blockieren. Besorgt macht uns die jetzige Form, in der die E-Card kommen soll. Im ersten Entwurf unserer Resolution stand einleitend sogar unter anderem: „Die westfälisch-lippische Ärzteschaft begrüßt alle Innovationen, die ihr die Arbeit im täglichen Praxisablauf erleichtern, vereinfachen und verbessern. Sie begrüßt auch Innovationen, die Kosten sparend sind für alle Beteiligten im Gesundheitssystem.“ Ich selbst arbeite in einer Praxis, die mit großem technischem Aufwand die Ärzte möglichst von Bürokratie entlastet. Nach meiner Ansicht wird aber durch die Einführung der E-Card in der jetzigen Form gerade das Gegenteil erreicht, ja sogar ein geregelter Praxisbetrieb unmöglich gemacht.

■ **RZB:** Welche Befürchtungen haben Sie, wenn die momentanen Vorstellungen der Betreiber umgesetzt werden?

Dr. Bartels: Wir befürchten vermehrte Kosten, stockende und erschwerte Abläufe im Praxisalltag, Erschwernisse für die Patienten beim Erhalt von Überweisungen und Dauerrezepten und damit Frust und Ärger in den Praxen. Außerdem sehen wir die Gefahr, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört wird.

■ **RZB:** Sie haben Ihre Kritik in konkrete Forderungen umgesetzt.



Die Großpraxis, deren Senior Dr. Jürgen Bartels ist, arbeitet mit Informationstechnologie auf dem neuesten Stand. Dennoch spricht er sich gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte aus, allerdings nur in der gegenwärtigen Form. Fotos: Neddermeyer

Dr. Bartels: Unser Forderungskatalog soll schon beim laufenden Feldversuch berücksichtigt und überprüft werden. Beide Politiker, Dr. Mario Bolte vom Bundesgesundheitsministerium und Mathias Redders vom NRW-Gesundheitsministerium, waren sehr interessiert an unserer Aufstellung. Sie haben angedeutet, unsere Kriterien zu einer Grundlage bei der Bewertung des Feldversuchs zu machen. Sollten unsere Bedenken ausgeräumt und die Änderungswünsche erfüllt werden, wollen wir



Mathias Redders, Leiter der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen, betonte in Münster, die Ärzte bräuchten keine Angst zu haben, dass der Test mit 100 000 Teilnehmern überhaupt in Angriff genommen würde, wenn die Abläufe nicht in den Praxisalltag passen. Nehmen konnte er den Delegierten der KV Westfalen-Lippe ihre Sorgen damit allerdings nicht.

die Einführung der E-Card aktiv begleiten. Wir verweigern uns nicht grundsätzlich.

■ **RZB:** *An erster Stelle Ihrer Forderungen steht die Praxisauglichkeit.*

Dr. Bartels: Für uns ist eine solche Karte dann sinnvoll, wenn sie den Praxisalltag erleichtert und eine bessere Kommunikation mit anderen Ärzten ermög-

Forderungskatalog des Beratenen Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung zur Einführung der E-Card (Auszüge):

1. **Tauglichkeit im Praxisalltag:** zeitneutral, personalneutral, anwendbar auch bei hohem Patientenandrang und auch bei Patienten mit Kommunikationsschwierigkeiten, in Sondersituationen (Notdienst, Unfälle, Kartenverlust, PIN-Nummer-Verlust, Kassenwechsel innerhalb des Quartals). Nur einmal im Behandlungsfall müssen Arztausweis und Patientenkenntnis zusammengeführt werden.
2. **Kostenübernahme durch die Krankenkassen:** für Investitionen (keine finanziellen Vorleistungen durch die Vertragsärzteschaft), Mehrarbeit, Wartung und Softwarepflege, Telekommunikation.
3. **Daten- und Rechtssicherheit:** Erkennbarkeit, ob Patient Einsichtnahme teilweise verweigert. Rechtliche Forderungen an den Vertragsarzt dürfen nicht entstehen, wenn der Patient entscheidende Informationen auf der Chipkarte durch Sperrung vorenthalten hat. Eine Sperrung muss im Nachhinein erkennbar sein. Veränderungen auf dem Chip müssen dauerhaft erkennbar sein.
4. Das **Patienten-Arzt-Verhältnis** darf durch die E-Card nicht beeinträchtigt werden. Die technischen Anforderungen durch den Einsatz der E-Card dürfen nicht zu einer Hürde werden, die den Patienten vom notwendigen Arztbesuch abhält.
5. **Kassenseits störungsfreie Funktion:** Die Kassen sollen nachweisen, dass sie die Hard- und Software so weit entwickelt haben, dass das System ohne Zeitverlust und technische Schwierigkeiten funktioniert.

licht. Was man uns jetzt vorgelegt hat, kann im Praxisalltag nicht funktionieren. Das geht absolut nicht! So wie es im Moment geplant ist, ist nämlich schon der Aufwand viel zu groß, um Zugang zum System zu bekommen. Das kann man leicht vorführen: Zunächst muss der Patient eine sechsstelligen Pin-Nummer eingeben. Jede Bank kommt mit vier Stellen aus. Wie soll sich das beispielsweise ein sehr alter Patient merken. Wenn ich jetzt ein Rezept ausstellen will, dann muss ich ebenfalls meine HPC einführen und meine sechsstelligen Nummer eingeben. Mit der einmaligen Eingabe habe ich nun die Möglichkeit, das Rezept einzugeben. Dann kommt ja erst das Interessante: Ich möchte die Daten des Patienten sehen, die wichtig sind für die Behandlung. Da wird der Patient eventuell sagen: Moment, ich gebe ein, was ich freigeben möchte. Dazu müsste ich ihn an meinen Computer lassen. Wie das in der Praxis funktionieren soll, ist noch gar nicht geklärt.

■ **RZB:** *Der ganze Arbeitsablauf in der Praxis muss wahrscheinlich umgestellt werden.*

Dr. Bartels: Auf jeden Fall dauert es viel länger als heute, wo der Patient an der Rezeption die Chipkarte abgibt und der Arzt sofort behandeln kann. Bei der E-Card sind insgesamt acht Schritte notwendig, wobei die Daten zwischenzeitlich zu Großrechnern übertragen und zurückgesandt werden. Wir haben einmal grob gerechnet, dass es drei bis vier Minuten dauert, bis der Patient angemeldet ist. Bei 50 Patienten pro Vormittag würden 200 Minuten alleine während dieser technischen Abläufe vergehen. Das ist nicht zu leisten. Bislang können wir außerdem, wenn die Patienten vorher anrufen, Rezepte und Überweisungen schon vorbereiten, die nur noch abgeholt oder direkt an die Apotheke geschickt werden. Das geht mit der E-Card nicht mehr, weil auch die Patientenkarte eingelesen werden muss. Ganz zu schweigen davon, was bettlägerige Patienten machen sollen. Wer jemanden darum bittet, ein Rezept abzuholen, muss seine Pin-Nummer weitergeben – was datenschutzrechtlich sehr problematisch und bestimmt auch nicht immer gewollt ist. Völlig ungelöst ist auch die Frage, wie wir bei Hausbesuchen vorgehen sollen. Für die zahnärztlichen Kollegen sind diese Dinge vielleicht nicht ganz so problematisch, weil Rezepte, Überweisungen usw. seltener vorkommen.



Dr. Jürgen Bartels: „Wir haben Erfahrungen mit politischen Entscheidungen, die uns viel Ärger brachten. Können wir uns darauf verlassen, dass wir die Refinanzierung für die E-Card-Aufwendungen bekommen? Wir wollen das Geld heute, sonst investieren wir nichts.“

■ **RZB:** *Es wurde auch schon von einer Karte mit beschränkten Funktionen für Helferinnen gesprochen.*

Dr. Bartels: Das wäre vielleicht eine Lösung. Die Politiker, denen wir unsere Forderungen vorgelegt haben, meinen, sie müssten da jetzt neue Wege suchen. Daran können Sie sehen, dass man erst jetzt viel zu spät nach Möglichkeiten sucht, dass System praktikabel zu machen, obwohl der Feldversuch eigentlich schon längst laufen sollte.

■ **RZB:** *Auch nach Verbesserungen wird es besonders in der Umstellungsphase wohl kaum ohne Probleme für die Praxen abgehen.*

Dr. Bartels: In der Konsequenz müssten wir nach jetzigem Kenntnisstand auf jeden Fall mehr Personal einstellen.

■ **RZB:** *Die Kosten, welche den Ärzten entstehen, sollen über eine Erstattung pro Rezept refinanziert werden.*

Dr. Bartels: Die Politiker denken, wir Ärzte finanzieren die E-Card vor. Erstattet werden sollen unsere Investitionen dann dadurch, dass wir Ärzte pro Rezept 50 Cent erhalten. Die Refinanzierung würde somit sicher sechs, sieben Jahre dauern. Dazu habe ich gesagt: „Wir haben Erfahrungen mit politischen Entscheidungen, die uns viel Ärger brachten. Können wir uns darauf verlassen, dass wir die Refinanzierung für die E-Card-Aufwendungen bekommen? Wir wollen das Geld heute, sonst investieren wir nichts.“ Denken Sie nur an

Versprechungen der Politik wie, dass die erhöhte Tabaksteuer den Kassen zugute komme. Solche Versprechungen glauben wir nicht mehr, das habe ich auch Herrn Redders gesagt. Außerdem, wie sollen Wenig-Verordner ihre Kosten eintreiben, dazu gehören auch etwa die Zahnärzte. Wir haben verschiedene Hochrechnungen vorliegen, danach kommen auf eine 10-Platz-Praxis Kosten von etwa 40 000 Euro zu. Manche Praxen brauchen erst einen DSL-Anschluss und eine komplett neue Hard- und Software. Man kann auch nicht sagen, wir installieren nur in einem Behandlungszimmer ein Lesegerät. Dann würde zumindest in dieser Praxis der Betrieb zusammenbrechen.

■ **RZB:** Als weiteres Kriterium nennen Sie die Datensicherheit.

Dr. Bartels: Wenn unsere deutschen Datenschützer das genehmigen, werden die Daten im Rahmen des Machbaren sicher sein. Missbrauchsgefahren gibt es natürlich trotzdem. Zudem werden die Krankenkassen an verfeinerten Kontrollmöglichkeiten interessiert sein, um den gläsernen Arzt und den gläsernen Patienten zu verwirklichen.

■ **RZB:** Dennoch sprechen Sie sich nicht grundsätzlich gegen die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte aus.

Dr. Bartels: Der Gedanke einer elektronischen Karte ist eigentlich nicht falsch, wenn man damit etwa eine Reduzierung der Bürokratie erreichen kann. Auch einen verbesserten Schutz vor Medikamenten-Unverträglichkeiten würden wir Ärzte durchaus befürworten. Wenn der Patient uns den Zugang zu notwendigen Daten verweigert, dann allerdings – so verlangen wir – sollen wir freigestellt werden von Haftungsansprüchen. Zudem erfahren wir auch mit der E-Card immer noch nichts über das, was sich die Patienten so nebenher selbst kaufen. Die Politik argumentiert nicht sehr seriös für das neue System. Zum Beispiel wird immer gesagt, es ließe sich dann wirtschaftlicher behandeln. Wenn jetzt Doppeluntersuchungen gemacht werden, schaden wir Ärzten aber nur selbst. Kosten könnten die Krankenkassen nur sparen, wenn Einzelleistungen abgerechnet werden. Ein weiteres Argument der Politik ist die berühmte Transparenz: Das heißt, so fürchte ich,

mehr Kontrollen durch die Krankenkassen und mehr Regresse. Grundsätzlich gibt es bereits jetzt so viele Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen, dass wir das nicht brauchen. Das Schlagwort Qualität, mit dem auch immer wieder für die E-Card argumentiert wird, kann ich nicht mehr hören. Wie haben die beste Qualität in Europa, auch ohne E-Card.

Weiterbildungsermächtigungen
auf dem Gebiet

Kieferorthopädie

Dr. Folker Kieser
Kieferorthopäde
Alter Markt 5–7
42275 Wuppertal

Dr. Jan Walter
Kieferorthopäde
Peter-Plümpe-Platz 3
47623 Kevelaer

Dr. Caroline Wessel
Kieferorthopädin
Uhlandstr. 1/Kölner Str. 71–73
51379 Leverkusen

25 % Förderung und mehr für Ihre Zukunftsvorsorge!



Eine Filiale in Ihrer Nähe finden Sie unter www.apobank.de

Auch im Ruhestand den gewohnten Lebensstandard halten – möglich ist das nur mit rechtzeitiger Privater Zukunftsvorsorge. Bei uns erhalten Sie die mit dem Gütesiegel der Stiftung Warentest ausgezeichnete UniProfiRente* unseres Partners Union Investment.

Nutzen Sie die Förderung vom Staat mit attraktiven Zulagen und Steuervorteilen! Auch selbstständige Heilberufsangehörige können von den Vorzügen der Riester-Rente profitieren, sofern ihr Ehepartner Anspruch auf eine Förderung hat.

*Sieger der Zeitschrift FINANZtest® 10/2002

 deutsche apotheker-
und ärztebank

Kongress „Prävention auf dem Prüfstand“

Tour d'horizon der Wissenswüste

Die Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung und die Heinz-Nixdorf-Stiftung luden am 8. und 9. Juni 2006 in die Industrie- und Handelskammer in Köln zum II. Interdisziplinären Kongress „Junge Naturwissenschaft und Praxis“ mit dem Thema „Prävention auf dem Prüfstand“. Zuvor hatten mehr als 100 „junge“ Naturwissenschaftler und Mediziner sowie Kulturwissenschaftler und Ökonomen wissenschaftliche Arbeiten und Poster eingereicht. 16 davon gaben in vier Arbeitskreisen mit Thesenvorträgen Anstöße für den interdisziplinär angelegten Dialog zwischen „Wissenschaft und Praxis“. Grundsatzvorträge und mehrere Diskussionsrunden mit medizinischem, ökonomischem und sozialpolitischem Schwerpunkt gaben schlaglichtartige Einblicke in die Zukunft des Gesundheitswesens und luden immer wieder zu Kommentaren ein.

„Ich habe den Eindruck, wir wissen sehr wenig über Prävention. Die Forschung ist desolat, eine Wüste!“ Dieses Fazit, gezogen von einem der Veranstalter in der Abschlussansprache, könnte den Eindruck erwecken, die beiden Veranstaltungstage mit über 20 Vorträgen und drei Diskussionsrunden hätten sich für die etwa 400 Teilnehmer als Zeitverschwendung erwiesen. Gesundheitsökonom Prof. Dr. Peter Oberender (Universität Bayreuth) äußerte sich aber gerade wegen der von ihm diagnostizierten Unwissenheit gleichzeitig sehr zufrieden über die zahlreichen Forschungsansätze und Anregungen, mit denen insbesondere junge Wissenschaftler die zweitägige Veranstaltung prägten. Diese boten viele fruchtbare Denkanstöße zur Entwicklung, erfolgrei-

chen Durchführung und Evaluation ganz unterschiedlicher Präventionsmodelle sowie ihren medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Konsequenzen.

Ökonomisches Denken dominierte

Wer sich vor dem Kongress vielleicht noch verwundert über den Veranstaltungsort gezeigt hatte, dem wurde rasch deutlich, dass die Kölner Industrie- und Handelskammer durchaus mit Bedacht gewählt worden war. Stand doch die ökonomische Seite eigentlich immer im Mittelpunkt. Zwar wies die Prorektorin der Universität Köln Prof. Dr. Barbara Dauner-Lieb einleitend auf die Grenzen einer Ökonomisierung hin und plädierte für die Freiheit der Wissenschaft. Damit blieb sie aber einsame Ruferin in der Wüste. Weit nüchterner entgegnete ihr Prof. Oberender, dass Wissenschaft nur noch in Verbindung mit der Industrie möglich sei. Der Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth kritisierte in seinem einleitenden Referat die geringe Bedeutung, die man der Prävention in Deutschland zuweist. Sie sei aufgrund „unbedarfter Politiker ... völlig unterbeleuchtet“. Auch die Ausgaben für die Me-

dizin seien begrenzt und sollten auch begrenzt bleiben. Die knappen Ressourcen müssen deshalb möglichst wirtschaftlich eingesetzt werden: „Jeder Euro, der zuviel ins Gesundheitswesen fließt, fehlt uns woanders ... Wichtig scheint mir, dass wir die Eigenverantwortung steigern. Nur mit Selbstbeteiligung der Patienten lösen Sie das Problem nicht, Sie müssen den Arzt mit einbeziehen, indem er für den gesunden Patienten bezahlt wird.“

Prof. Oberender betonte Erfolgschancen der Prävention, warnte aber vor der Hoffnung auf finanzielle Erträge: Kostensenkungen lassen sich wissenschaftlich nicht beweisen. Zudem forderte er, dem „Irrglauben unbegrenzter Machbarkeit und der Illusion der Planbarkeit“ entgegenzutreten. Noch kritischer beurteilte Prof. Dr. Walter Krämer (Wirtschafts- und Sozialstatistik, Universität Dortmund) in seiner einleitenden „Bestandsaufnahme und kritischen Bewertung“ die Möglichkeit finanzieller Einsparungen durch Präventionsprogramme: „Ohne den übergeordneten Nutzen von Prävention zu bestreiten, Kosten spart sie im Allgemeinen nicht.“ Krämer erläuterte den ab einer bestimmten Größenordnung rasant sinkenden Nutzen zusätzlicher Präventionsmaßnahmen und zeigte sich davon überzeugt, dass diese hauptsächlich zu Kostenverschiebungen führen: „Eine per Prävention verhinderte Krankheit macht letztendlich nur Platz für eine andere.“ Ironisch belegte der Referent seine These mit aktuellen Todesanzeigen aus dem badischen Städtchen Wiesloch, das anfangs der 80er-Jahre durch großangelegte Präventionskampagnen von sich reden gemacht hatte. Seine



Zeitweilig verfolgten im Börsensaal der Kölner Industrie- und Handelskammer fast 400 Zuhörer die zahlreichen Vorträge und Podiumsdiskussionen.



Von Prof. Dr. Peter Oberender gab es immer wieder harte Kommentare wie „Die Prävention ist mit 2,11 Euro pro Versichertem völlig unterbelichtet.“ oder „Ich habe den Eindruck, wir wissen sehr wenig über Prävention. Die Forschung ist desolat, eine Wüste!“

Grundregel überzeugte: „Ob erfolgreiche Prävention das Budget entlastet, hängt davon ab, was billiger ist, die verhinderte Krankheit oder die, die man stattdessen bekommt.“

Zu selten kam beim Kongress die Sprache auf den ganz entscheidenden Punkt, ob und inwieweit Prävention höhere Lebensqualität zur Folge hat. Auch hier überwog übrigens nicht nur bei Krämer die Skepsis. So verringert das Wissen um eine Krankheit (oder auch um genetisch bedingte hohe Erkrankungschancen) zumindest bei geringen Heilungsaussichten die Lebensqualität, sodass aus individueller Sicht nicht jedes Screening Sinn macht.

Prävention ohne Grenzen

Trotz dieser Warnungen gingen im weiteren Verlauf des Kongresses zahlreiche Referenten geradezu axiomatisch davon aus, dass Prävention sich nach dem Motto „Vorbeugen ist besser als heilen“ als die günstigere Variante erweisen müsse. Zusätzlich wurde bei der Fülle der Themen – neben den Referaten gab es noch 100 Poster zu bewundern – immer wieder das Kernproblem deutlich: Es gibt bislang keine wirklich allgemein akzeptierte Definition von „Prävention“. Schon deshalb kamen die Soziologen, Mediziner, Versicherungsstatistiker und Praktiker, die auf dem Podium über „Prävention auf dem Prüfstand: Was ist schon erreicht – wo liegen die Grenzen, wo die größten Chancen?“ diskutieren sollten, über eine Aneinanderreihung individueller Statements nicht hinaus.

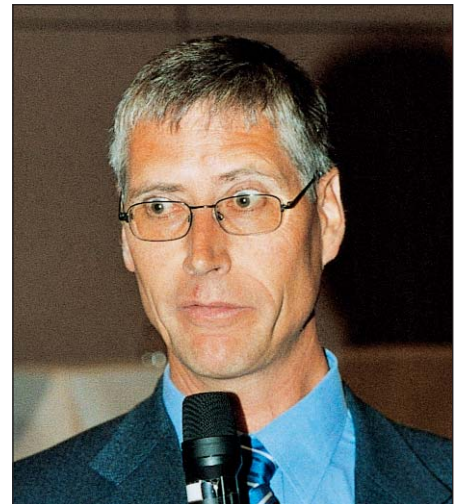
Nicht nur die Trennung zwischen Prävention und Kuration fällt schwer, wenn selbst die Rehabilitation als „Tertiärprävention“ mit einbezogen wird. Auch in „entgegengesetzter Richtung“ verwischen sich die Grenzen, seit genetische Analyseverfahren der Prädiktion von Krankheiten ein weites Feld eröffnen. In Köln zeigte Prof. Dr. Joachim Schultze (Klinik für innere Medizin, Klinikum der Universität zu Köln) erstaunliche Zukunftsperspektiven eines „Paradigmenwechsels von der Prävention zur Prädiktion“ auf, die im Arbeitskreis „Fortschritt und Prävention – Individualisierte Medizin“ weiter ausgeführt wurden.

Eine fast unbegrenzte Prävention stand auch im Mittelpunkt des Vortrags „Prävention und Gesundheitsbewusstsein. Motivation des Bürgers: wo ansetzen – wie umsetzen?“ von Prof. Dr. Holger Pfaff (Medizinische Soziologie, Universität zu Köln). Wie beim anschließenden Arbeitskreis zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge war der Tenor, Prävention müsse vom Kindergarten über Schule und Beruf bis zum Altersheim für jede Altersgruppe in ganz spezifischen Formen angeboten werden. Wie man möglichst die gesamte Bevölkerung mittels Bildung und Erziehung sowie über die Medien erreichen kann, dem war ein weiterer Arbeitskreis gewidmet.



Auch Prof. Dr. Walter Krämer liebte provokante Formulierungen:

„Prävention kann nicht nur freiwillig sein, nach dem Motto: Prävention macht Spaß. Mir nicht! Auch nicht jeden Abend die Zähne putzen oder auf mein Glas Wein zu verzichten.“ Zwang dürfe aber nur dort angewandt werden, wo es um den Schutz anderer geht: „Eine wirklich freie Gesellschaft sollte sich dazu durchringen, ihre Bürger nach der eigenen Fassung leben oder auch nach eigener Fassung krank werden und sterben lassen.“



Der Schweizer Journalist Dr. Beat Gygi kommentierte die Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens: „Es ist wahnsinnig schwierig, von der Planwirtschaft wegzukommen. Den Leuten traut man nicht sehr viel zu. In der Sozialversicherung droht die Herrschaft wohlwollender Diktatoren.“

Drohende „Herrschaft wohlwollender Diktatoren“

Die in den Referaten der Professoren Oberender und Krämer geforderte Stärkung der Eigenverantwortung trat gegenüber organisierter Prävention meist in den Hintergrund, auch in der Sektion „Prävention in der Krankenversicherung“ und trotz des Untertitels „Weniger (gesetzliche) Versicherung, mehr Prävention“. Kaum verwunderlich, aber dennoch erschreckend war, dass der Statistiker Björn Stollenwerk eine flächendeckende medikamentöse Prävention von Risikogruppen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen befürwortete. Schließlich war er von Prof. Karl Lauterbach für den Kongress empfohlen worden. Seine Rechnung ging allerdings nur äußerst knapp auf, trotz zahlreicher „günstiger“ Annahmen, bei denen etwa ein Lebensjahr mit 50 000 Euro bewertet wurde. Ebenso wenig überraschten die Ergebnisse, die Dr. Kai Menzel, ein Schüler des Kölner „Wirtschaftsweisen“ Prof. Dr. Johann Eekhoff, präsentierte. Beim Vergleich möglicher Präventionsanreize in verschiedenen Krankenversicherungssystemen verlieh er der GKV in Verbindung mit dem Morbi-RSA symbolisch die „doppelten Pommes“. Dagegen bekam die PKV gleich „zwei Salate“ – freilich nur, sollte die von Menzel befürwortete Weitergabemöglichkeit der Altersrücklagen einmal nach seinen Vorstellungen geregelt werden.

Der Schweizer Journalist Dr. Beat Gygi (Neue Züricher Zeitung) gab vor diesem



Prof. Dr. Thomas Kerschbaum vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln zeigte sich erfreut darüber, dass die Zahnmedizin wiederholt als positives Beispiel für erfolgreiche Prävention genannt wurde.

Hintergrund im Plenum anschließend seinen treffenden Eindruck von der gegenwärtigen Situation in Deutschland wieder: „Es ist wahnsinnig schwierig, von der Planwirtschaft wegzukommen. In der gesamten Veranstaltung dominierte nicht die private Vorsorge, sondern die staatlich organisierte. Den Leuten traut man nicht sehr viel zu. In der Sozialversicherung droht die Herrschaft wohlwollender Diktatoren.“

Nachträgliche Bestätigung bekam Dr. Gygi durch den Thesenvortrag von Dr. Klaus Theo Schröder. Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung leitete die Podiumsdiskussion „Prävention in Deutschland, was ist machbar?“ ein. Unter der Überschrift „Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitssystem“ zeigte sich Schröder davon überzeugt, statt der „Oberenderschen Wüste“ gäbe es blühende Landschaften, wenn die Prävention denn endlich als vierte Säule des Gesundheitswesens

gesetzlich festgeschrieben werde. Schröder warb für das zu rot-grünen Zeiten am Bundesrat bereits einmal gescheiterte Präventionsgesetz: „Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist Prävention ein Teil der notwendigen Antwort auf die sonst steigenden Kosten einer älter werdenden Gesellschaft. Insofern ist es geradezu zwingend, dass wir neben der Kuration, der Pflege und der Rehabilitation die Prävention als vierte Säule des Gesundheitssystems verankern.“ Damit stellte er sich in eine Reihe mit anderen Referenten, die entgegen allen Warnungen weiter glauben, mit verstärkter Prävention ließen sich zumindest langfristig Kosten sparen. Die Hartnäckigkeit, mit der auch andere, insbesondere SPD-nahe Gesundheitspolitiker das Präventionsgesetz propagieren, bekommt ihre Tragweite dadurch, dass die Finanzierung zumindest beim alten Modell fast ausschließlich aus den Kassen der Gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung erfolgen soll.

Zu befürchten ist, dass man auf dieser Ebene auch die Privaten zur Beteiligung zwingen will. Damit würden noch mehr Gelder aus den Krankenversicherungen in eine öffentliche Hand umverteilt, die gleichzeitig verzweifelt nach Lösungen sucht, die großen Finanzierungslücken des Gesundheitswesens zu stopfen. Die Vorstellungen, die Schröder von der Nutzung der Gelder hat, lassen Schlimmstes befürchten. Die Einigung aller auf angestrebte drei Arbeitsfelder, die geplante permanente Qualitätskontrolle und die geforderte abschließende umfangreiche Evaluierung würden zunächst einmal einen zusätzlichen bürokratischen Wasserkopf erfordern. Außerdem bekäme das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) neue Beschäftigung.



Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, warb für das zu rot-grünen Zeiten im Bundesrat bereits einmal gescheiterte Präventionsgesetz: „Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist Prävention ein Teil der notwendigen Antwort auf die sonst steigenden Kosten einer älter werdenden Gesellschaft.“

Präventionsgesetz in der Kritik

Auf dem Podium waren sich angesichts solcher Aussichten der Krankenkassenvertreter Hans-Werner Veen (Landesgeschäftsführer NRW der DAK), Prof. Oberender und Ulrich Weigeldt, Geschäftsführender Vorstand der KBV, einig in ihrer großen Skepsis gegenüber einer vierten Säule „Prävention“. Der Fernsehautor und Publizist Günter Ederer, ein wenig neutraler Moderator, wagte sogar das vernichtende Urteil: „Die Politik löst nicht das Problem, sie ist das Problem.“ Damit stand er nicht allein. Aus dem Plenum heraus wurde Ederer nämlich vom Erkrather Internisten Martin Grauduszus lautstark unterstützt. Der Präsident der Freien Ärzteschaft forderte, die Politiker sollten erst einmal ihre Hausaufgaben in der Gesundheitspolitik erledigen, bevor sie eine neue Baustelle aufmachten. Als



Bei der Podiumsdiskussion „Prävention in Deutschland, was ist machbar?“ überwog die Skepsis gegenüber den Plänen des Gesundheitsministeriums vom Moderator Günter Ederer über Prof. Oberender und Krankenkassenvertreter Hans-Werner Veen (DAK) bis zu Ulrich Weigeldt, dem Geschäftsführenden Vorstand der KBV.



Prof. Dr. Joachim Schultze (Klinik für innere Medizin, Klinikum der Universität zu Köln) zeigte die erstaunlichen Zukunftsperspektiven der genetischen Prädiktion auf.



In der Sektion „Prävention in der Krankenversicherung“ verlieh Eckhoff-Schüler Volkswirt Dr. Kai Menzel der GKV symbolisch die „doppelten Pommes“. Dagegen bekam die PKV gleich „zwei Salate“ verliehen – freilich nur, sobald die von Menzel befürwortete Weitergabe der Altersrücklagen entsprechend geregelt ist. Fotos: Neddermeyer

Arzt habe man wegen der überbordenden Bürokratie und staatlich verordneter finanzieller Austrocknung keine Zeit mehr für das wichtige Gespräch mit dem Patienten. Dadurch seien die Möglichkeiten, diesen präventiv zu betreuen und diesen etwa zu eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge anzuhalten, bereits heute auf ein Minimum gesunken.

Dem Urteil von Grauduszus ist sicherlich ohne Vorbehalt zuzustimmen. Allerdings wurde in der Gesamtschau auf dem Kölner Kongress deutlich, dass nicht nur die Politik versucht, über das Vehikel „Prävention“ an Mittel zu kommen, die eigentlich für Medizin und Pa-

tientenbetreuung gedacht sind. Auf allen möglichen Feldern tummeln sich im und am Rande des Gesundheitswesens mit seinem ungeheuren Kapitalfluss Akteure mit mehr oder minder neuen Ideen und oft rein wirtschaftlichen Interessen.

Bevor ein einziger Euro beim Patienten ankommt, fließt vieles mit mehr oder minder erkennbarem Nutzen in die Kassen von Institutionen, Verbänden, Industrie und Wirtschaft sowie in Randbereiche medizinischer Forschung. Zudem ist niemand wirklich bereit, die viel beschworene Eigenverantwortung der Menschen im Lande zu fördern. Das würde nämlich andererseits für die jetzigen Akteure aus Politik und Sozialsys-

temen bedeuten, freiwillig auf Einflussmöglichkeiten und damit zugleich auf den Zugriff auf finanzielle Ressourcen zu verzichten. Längst haben viele Beteiligte, allen voran die Politiker, den Blick für das eigentlich wesentliche Ziel verloren: Die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf höchstem Niveau durch motivierte Ärzte und Zahnärzte sicherzustellen. Wenn sich deren Situation hierzulande wie zuletzt weiter verschlechtert, geht es bald nicht mehr um Prävention, sondern nur noch um Schadensbegrenzung in einem maroden Gesundheitssystem.

Dr. Uwe Neddermeyer

FÜR SIE GELESEN

Skepsis der Bevölkerung gegenüber Gesundheitsreform wächst

Die ohnehin große Skepsis der deutschen Bevölkerung gegenüber der Gesundheitsreform ist weiter gewachsen. Während im Mai noch 62 Prozent mit negativen Folgen der Reform für sich persönlich rechneten, sind es im Juni 68 Prozent, also sechs Prozentpunkte mehr. Mit negativen Folgen der Reform für das Gesundheitswesen rechneten im Mai und Juni jeweils 71 Prozent. Dies ergab eine repräsentative Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung in Zusammenarbeit mit TNS Infratest.

Nur 27 Prozent meinen, die Reform werde die Finanzierung des Gesundheits-

wesens angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung sichern. Bedenklich: Der größte Teil der Bevölkerung rechnet gar nicht damit, dass sich die Reformer um eine optimale Lösung bemühen. 76 Prozent sagen, bei der Gesundheitsreform gehe es nur darum, kurzfristig mehr Geld in das Gesundheitswesen zu pumpen – nicht um die beste Lösung für alle Menschen.

Wenn im Zuge der Gesundheitsreform Geld eingespart werden muss, dann hat die Bevölkerung eine recht genaue Vorstellung davon, wo dies geschehen sollte und wo nicht. 89 Prozent sagen, bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen sollte gespart werden. 47 Prozent sprechen sich für die Kosten für Medikamente als Einsparungsfeld aus. Arzthonorare sind dagegen nur für 25

Prozent ein Bereich, in dem Einsparungen möglich sind; ebenso niedrig sind die Nennungen für die kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Bei den Kosten für Zahnersatz (und für Krankenhäuser) sehen jeweils nur 22 Prozent die Möglichkeit von Einsparungen. Und nur neun Prozent würden bei Vorsorgeuntersuchungen den Rotstift ansetzen.

Pressemitteilung der Continentale Krankenversicherung, 14. 6. 2006

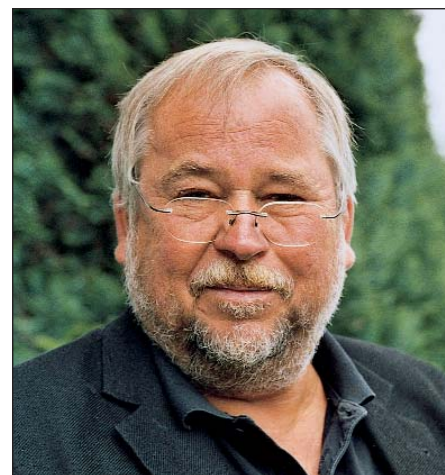
Studienplatz Medizin und Zahnmedizin

Studienberatung und NC-Seminare. Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Pharmazie, Psychologie). Vorbereitung für Auswahlgespräche.

Info und Anmeldung: **Verein der NC-Studenten e. V. (VNC)**
Argelanderstraße 50 • 53115 Bonn
Telefon (02 28) 21 53 04 • Fax 21 59 00

RZB-Interview mit Prof. Dr. Jost Bauch

Therapeutischer Staat in der Krise



Prof. Dr. Jost Bauch

Fotos: Neddermeyer

Prof. Dr. Jost Bauch (geb. 1949) studierte in Bielefeld Soziologie, habilitierte sich 1998 an der Universität Konstanz mit dem Thema „Gesundheit als sozialer Code“ und lehrt dort heute als außerplanmäßiger Professor Medizinsoziologie. Von 1979 bis 1997 war er als wissenschaftlicher Referatsleiter bei der Bundeszahnärztekammer unter anderem mit verantwortlich für die großen medizinischen Studien zur Zahngesundheit und den Ausbau der Gruppenprophylaxe. Später setzte er als Geschäftsführer der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-erziehung neue Präventionskonzepte um. Seit 1997 ist er freiberuflich als Dozent und Publizist tätig mit den Schwerpunktbereichen „Gesundheitssystemforschung“ und „Gesundheitsförderung“. Dr. Uwe Neddermeyer sprach am 2. Juni 2006 in Euskirchen für das RZB mit Prof. Bauch.

■ **RZB:** In ihrem „Plädoyer für eine neue „Bürgerbewegung, Bürgergesellschaft oder therapeutischer Staat?“ suchen Sie Auswege aus der Krise der deutschen Sozialsysteme.

Prof. Bauch: Die Grundprobleme sind bekannt, wir haben eine Implosion der Einnahmen wegen der Abhängigkeit von den sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen, von denen durch die Globalisierung immer mehr wegfallen. Zudem steigt der Bedarf an Gesundheitsleistungen, weil die Menschen immer älter werden. In dieser Schere steckt das Gesundheitswesen. Die Politik versucht, das Problem durch vermehrte Regelungen zu lösen. Das nenne ich den „therapeutische Staat“, der beispielsweise Budgets festsetzt. Das führt dann dazu, dass eine Allgemein-

arztpraxis ab Oktober umsonst arbeitet. Die Bürger erwarten mit ihrer Vollkasko-mentalität vom Staat, dass das Risiko aller Krankheiten weiterhin abgedeckt wird. Das kann bei schrumpfenden Budgets auf Dauer gar nicht gut gehen. Da die finanziellen Möglichkeiten begrenzt sind, versucht die Politik zu steuern, aber bislang nicht, indem sie den Leistungsumfang der GKV begrenzt. Statt dessen versucht man immer wieder, die Einnahmeseite neu zu regeln, und vermehrt Bürokratie und Kontrollmechanismen. Alle Steuerungsversuche scheitern aber an den unendlichen Erwartungen der Vollkasko-mentalität.

■ **RZB:** Wie kommt die Vollkasko-mentalität ins System „Gesundheitswesen“.

Prof. Bauch: Zum Charakter jedes Systems gehört es, sich aufzublasen, die Bedeutung seiner eigenen Funktion zu erweitern. Vieles, was man heute als Krankheit bezeichnet, fiel früher in die Zuständigkeit der Kirche, war Sünde, Strafe Gottes oder strafrechtlich relevant. Wir können im therapeutischen Staat einen Medikalierungsprozess verfolgen. Zudem können wir geradezu eine Regelungswut beobachten, die kaum mehr auszuhalten ist. Auf einen Arzt mit bestimmten Aufgaben kommen drei weitere, die drumherumsitzen und das qualitativ bewerten. Das nennt man Qualitätssicherung, Evidenzbasierung usw. – alles bürokratische Regelungen, die den einzelnen Arzt in die Zange nehmen. Die Politiker erwarten davon, Rationierungspotentiale im System auszuschöpfen. Natürlich gibt es in jedem System solche Potenziale, aber die Rationierung kostet auch Geld. Zu glauben, damit das Kernproblem des Gesundheitssystems bzw. der Sozialsysteme zu lösen, ist vollkommen abwegig.

■ **RZB:** Diese Versuche bezeichnen Sie als „therapeutischen Staat“?

Prävention nur in Zahnmedizin erfolgreich

Prof. Bauch: Der Zugriff des „therapeutischen Staats“ geht sogar noch weiter. Er erwartet von den Bürgern,

dass diese sich gesundheitsgerecht verhalten und überwacht das Verhalten der Bürger auch entsprechend. Er ist also auch „therapeutisch“ aktiv. Die Politik versucht darüber hinaus, materielle Fürsorge durch Verhaltenssteuerung zu ersetzen. Wir hatten das in der Zahnmedizin schon in den neunziger Jahren unter Seehofer. Damals wurde argumentiert, die Jugendlichen, die präventiv betreut werden, können aus der Versorgung mit Zahnersatz herausgenommen werden. Statt materieller, geldwerter Leistung erhalten sie Verhaltensanforderungen. Auch das macht einen therapeutischen Staat aus. Die Prävention dient als Vehikel, um Kosten zu sparen.

■ **RZB:** Sie haben als Beispiele für den „therapeutischen Staat“ auch Risikodiskurse wie Amalgam-, Feinstaub-, Cholesterin- und Vogelgrippe-Diskussion genannt.

Prof. Bauch: Der therapeutische Staat versucht tatsächlich, seine Bürger generell vor Risiken zu schützen. Dazu gehört auch die immer wieder aufkommende Diskussion über die Gefahren des Amalgams bis hin zu abstrusen Vorstellungen, an die ich mich aus meiner Zeit bei der Bundeszahnärztekammer erinnere. Damals wollte man Leichen exhumieren, die Zähne mit Amalgamfüllungen hatten, weil dadurch das Trinkwasser belastet würde. Der Staat greift solche Themen auf und verstärkt sie. Kommt ein neues Thema auf, werden alle anderen unwichtig, und man stürzt sich auf das neue Thema. Wer redet heute noch über Elektrosmog. Eigentlich ein Beweis dafür, wie unnützlich die staatlichen Eingriffe sind.

■ **RZB:** Was halten Sie vor diesem Hintergrund vom vorerst gescheiterten Präventionsgesetz?

Prof. Bauch: Das Präventionsgesetz wird sicher in der einen oder anderen Form verabschiedet. Typisch deutsch wird wieder ein Riesenapparat aufgebaut mit Beirat, Kuratorium usw. Anstatt die Prävention entsprechend finanziell zu fördern, werden Forschung und staatliche Aufgaben aus GKV-Beiträgen finanziert. Zudem stellt sich die Frage, ob und wie weit Prävention wirklich zu Erfolgen führt. Die Zahnmedizin ist bislang der einzige Bereich, wo Prävention nachweislich zu spürbaren Erfolgen geführt hat. In anderen Bereichen ist bislang wenig bewegt worden. Die Erfolge der Prävention in der Zahnmedizin beruhen aber weniger auf der Umerziehung, sondern auf dem Einsatz von Fluoriden. Wenn man hier allein auf Verhaltenssteuerung setzen würde, hätte ich große Zweifel am Erfolg.

■ **RZB:** Sollte sich der Staat aus dem Gesundheitswesen heraushalten?

Festzuschüsse und private Versicherungen

Prof. Bauch: Selbstverständlich kann sich der Staat nicht aus allem heraushalten, muss eine Rahmenkompetenz auch im Gesundheitswesen wahrnehmen. Aber gerade das Gesundheitswesen ist überreguliert. Noch schlimmer ist es nur im Bildungsbereich. In beiden Bereichen sollte sich der Staat zurücknehmen und die Selbststeuerungskapazität verstärken. Herr Beske (Prof. Dr. Fritz Beske, Direktor des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel; *die Red.*) hat bereits in den 70er-Jahren gefordert, dass wir im Gesundheitswesen eine Art Grundversorgung sicherstellen. In der Zahnmedizin gibt es so etwas heute bereits beim Zahnersatz mit den befundbezogenen Festzuschüssen. Ein bestimmter Grundsockel ist solidarisch gesichert, alles darüber hinaus muss der Bürger privat bezahlen. Dazu kann er sich – wie auch immer – privat versichern. Würde man so etwas im gesamten Gesundheitswesen durchführen, würden die Kosten durch verstärkten Wettbewerb sinken. Eine Rücknahme des Staates wäre für das Gesundheitswesen ein Segen.

■ **RZB:** Das wäre also eines der Ziele, welche die neue Bürgerbewegung verfolgen sollte, die Sie fordern? Die spannende Frage dabei ist, wie sich die Ärzteschaft verhalten wird.

Prof. Bauch: Die Rolle der Ärzte ist dabei durchaus ambivalent. Einerseits,

wenn sich der Staat als therapeutischer Staat versteht, braucht er die Ärzte als Überwachungsinstanz. Da könnten die Ärzte sagen, das ist eine schöne Aufgabe, da stürzen wir uns rein. Ich bin sicher, das wäre fatal. Wir brauchen eine Solidarität zwischen Bürgern und Ärzteschaft, die klar zum Ausdruck bringen



muss, wir wollen diesen überregulierenden Staat nicht. Wir wollen statt dessen so weit wie möglich Vertragsfreiheit zwischen Patient und Arzt und so die Selbststeuerungskapazität des Gesundheitssystems stärken.

■ **RZB:** In ihrem Plädoyer für eine neue „Bürgerbewegung“ beziehen Sie sich auf Udo di Fabio, Richter am Bundesverfassungsgericht. Er hat in seinem Buch „Die Kultur der Freiheit“ beklagt, dass wir uns im westlichen Kulturkreis zwar zur Freiheit bekennen, aber deren „Eros“ kaum mehr spüren.

Prof. Bauch: Ich bin ja Systemtheoretiker und habe in Bielfeld unter anderem bei Niklas Luhmann studiert. Ich betrachte das Gesundheitswesen auch in meiner neusten Publikation in seinem Sinne als ein System wie etwa die Wirtschaft, die Politik und das Erziehungswesen. Über die gesundheitlichen Aspekte hinaus spielen im Gesundheitssystem ökonomische Probleme eine ganz entscheidende Rolle. Ein solches System lässt sich, so der Ansatz

von Luhmann, von außen gar nicht steuern. Die Politik geht von einer systematischen Selbstüberschätzung aus. Sie glaubt, die Gesellschaft und natürlich auch das Gesundheitswesen steuern zu können. Und so versucht die Politik, dort überall einzugreifen. Diese Eingriffe sind kontraproduktiv. Sie führen zu Verzerrungen und gar nicht beabsichtigten Veränderungen. Die Kultur der Freiheit im Sinne von di Fabio setzt auf Selbststeuerungsprozesse, die gestärkt werden müssen. Das ist der richtige Ansatz gegenüber der Vollkasko-Mentalität, der GKV-Mentalität, die in diesem Land herrscht. Man sollte den Menschen sehr viel mehr zumuten, auch an Selbststeuerung, als das heute der Fall ist. Im Gesundheitswesen nimmt man dem Bürger über irgendwelche Umlageverfahren Geld weg, und schiebt das wieder in das System rein, anstatt dem Bürger das Geld in der Tasche zu lassen, und er muss sich dann privat versichern.

■ **RZB:** Die Gesundheitsrisiken sind nach Alter und sozialer Schicht sehr unterschiedlich verteilt. Bei einem freien System kämen gerade auf einkommensschwache Gruppe höhere Belastungen zu. Wie kann man diesen Widerspruch lösen?

Prof. Bauch: Wenn man sich die Risikoverteilung anschaut, kommt man zu dem Schluss, dass vielleicht 80 Prozent der Bevölkerung keine Unterstützung brauchen. Diese Gruppe kann sich mit Kapitaldeckung fürs Alter ihre Krankenversicherung selbst gestalten. Darüber hinaus bleibt zudem ein Sockel, eine solidarische Grundversorgung, die vom Staat per Umlage finanziert werden muss, beispielsweise steuerfinanziert. Auch die einkommensschwache Gruppe muss aber eine gewisse Eigenverantwortung tragen. Es ist nicht Aufgabe des Gesundheitssystems, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen. Das muss man anders machen, etwa über die Steuern.

■ **RZB:** Wie sähe das in der Zahnmedizin nach ihrer Meinung aus?

Prof. Bauch: In der Zahnmedizin müssten die Prävention und die konservierende Versorgung zumindest teilweise sichergestellt sein. Alles andere fällt aus dem System heraus, muss jeder Bürger selbst finanzieren. Das kann natürlich zu Einnahmeverlusten bei den Zahnärzten

führen. Mancher Patient wird sich vielleicht sagen, da mache ich lieber eine Reise, als mein Geld in meine Zähne zu investieren. Ich verschiebe das Ganze und laufe mit einem nicht voll sanierten Mund durch die Gegend. Als Übergangslösung könnte ich mir etwa eine Erweiterung des Systems mit Festzuschüssen vorstellen. Der Systemwechsel kommt sowieso, ob wir wollen oder nicht. Es ist nur die Frage, ob man das alte System geordnet in ein neues freierliches überführt, oder wartet, bis es zu einer chaotischen Situation kommt. Bei den demographischen und ökonomischen Vorgaben für die nächsten Jahrzehnte geht das gar nicht anders. Wenn wir so weiter machen wie bisher, bricht das bisherige System mit einem Riesen-Crash zusammen. Auch die von der großen Koalition angekün-

digte Reform arbeitet leider wieder nur an den Symptomen. Ein geordneter Übergang würde den Systemwechsel planbarer machen.

■ **RZB:** *Zumindest Gesundheitsministerin Ulla Schmidt scheint eher auf eine stärkere Verstaatlichung des Gesundheitswesens mit vielen angestellten Ärzten usw. hinarbeiten.*

Prof. Bauch: Die Ärzte und die Patienten werden das nicht so ohne weiteres mitmachen. Das führte außerdem zu den alten englischen Verhältnissen mit riesigen Wartezeiten und zur Rationierung von Leistungen. In der Konsequenz entstünde eine Zwei-Klassen-Medizin der schlimmsten Art, weil sich dann durch die Hintertür ein großes Angebot für Selbstzahler entwickeln würde. Meiner Ansicht nach muss das

Gesundheitswesen langsam in ein freierliches System überführt werden. Die Politik denkt aber nur im Vier-Jahres-Rhythmus und hofft auf das Kölsche Prinzip des „et hätt noch immer joot je-jange“. Es geht aber allenfalls noch zehn Jahre gut. Das finanzielle Desaster, das sich abzeichnet, ist eine Chance für die Freiheit, weil wir jetzt gezwungen sind umzusteuern. Diese muss konsequent genutzt werden.

Jost Bauch (Hrsg.), *Gesundheit als System*, Konstanz 2006

Jost Bauch (Hrsg.), *Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion*, Konstanz 2004, hier u. a. „Zahnmedizinische Prävention aus soziologischer Sicht“

bauch-jost@t-online.de

RZB-Interview mit MdB Jens Spahn (CDU)

Das Sachleistungsprinzip ist intransparent

Jens Spahn gehört zu den jüngsten Politikern der Union. Er wurde am 16. Mai 1980 in Ahaus geboren und gehört seit dem 22. September 2002 dem **Deutschen Bundestag** an.

Bei der vorgezogenen Bundestagswahl am 18. September 2005 übertraf er mit 51,2 Prozent der Erststimmen im Wahlkreis Rheine sein persönliches Wahlziel. Doch damit nicht genug! Am 13. Dezember 2005 wurde der gelernte Bankkaufmann einstimmig zum Obmann für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion im **Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages** gewählt und darf die Geschicke in diesem zentralen Politikfeld mitbestimmen. Seit dem Sommersemester 2003 studiert er daneben noch an der Fernuniversität in Hagen Politik und Recht. Das Ansinnen der SPD, Süchtigen per Gesetz Heroin auf Rezept zu verabreichen, lehnt der Unionspolitiker strikt ab. „In Zeiten, wo wir für chronisch Kranke Zuzahlungen für Arzneimittel einführen, wäre es das falsche Signal, für eine ziemlich kleine Gruppe Heroin auf Rezept abzugeben“, meinte Jens Spahn kürzlich gegenüber der **Rheinischen Post**. Nach einer niederländischen Studie ist die Heroinabgabe im

Schnitt zwölf Mal teurer, als die Behandlung mit der Ersatzdroge Methadon.

Spahn warf der Bundes-Drogenbeauftragten **Sabine Bätzing** (SPD) vor, die falschen Akzente zu setzen. „Bei den Themen Cannabis, Ecstasy und Kokain, die zunehmend gesellschaftsfähig werden, ergreift die Drogenbeauftragte keine Initiativen.“

Dr. Kurt J. Gerritz stellte dem jungen Unionspolitiker aus dem südlichen Westfalen die Fragen für das RZB.

■ **RZB:** *Die Erhaltung und Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme bürdet gerade den jüngeren Menschen gewaltige Lasten auf. Fühlen Sie sich in Ihrem politischen Mandat auch als Vertreter dieser Altersgruppe, und dürfen künftige Generationen mit Kreditverpflichtungen belastet werden, damit der nach Meinung namhafter Experten „aufgeblähte“ Sozialstaat aktuell erhalten bleibt?*

Spahn: Natürlich fühle ich mich auch als Vertreter meiner – der jüngeren – Generation im deutschen Bundestag. Und als solcher trete ich für eine Politik ein, die Gerechtigkeit zwischen den Generationen als ein wichtiges Ziel erkennt. Dies bedeutet, dass wir nachfolgenden



Jens Spahn

Foto: Spahnteam

Generationen mindestens so viel Spielraum lassen müssen wie wir selber heute haben. Insofern darf es keine Schulden für laufende Ausgaben geben.

■ **RZB:** *Wie definieren Sie „soziale“ Gerechtigkeit? Welches Maß an Gesundheitsförderung muss durch Solidarität aller getragen werden, und was müssen die Menschen selbst tragen?*

Spahn: Das ist nun ein weites Feld. In jedem Fall ist Gerechtigkeit mehr als die Umverteilung von Geld. Es geht auch um die Chance zur Teilhabe weiter Teile der Gesellschaft am Leben in Deutschland, um die Chance etwa von Kindern aus ärmeren Familien, einen höheren Bildungsabschluss als die Eltern zu machen. Gerade auch die Gesundheit ist ein Feld, bei dem neben finanziellem Ausgleich Teilhabechancen gegeben werden. Darüber hinaus ist klar, dass wir solidarisch insbesondere die großen

Risiken abdecken müssen, die großen Krankheiten, die niemand alleine tragen kann, z. B. Krebs, Diabetes, AIDS. Um das leisten zu können, müssen wir umgekehrt von den Menschen fordern, kleinere Risiken, wie eine Erkältung oder einen Schnupfen, selbst zu tragen. Deswegen werden etwa OTC-Medikamente nicht mehr erstattet.

■ **RZB:** *Lassen sich mit dem Umlageverfahren und dem Sachleistungsprinzip angesichts des wissenschaftlichen Fortschritts und der demografischen Situation der Bevölkerung die Probleme des Gesundheitswesens lösen?*

Spahn: Das Sachleistungsprinzip ist intransparent und regt die Menschen an, eher mehr als weniger in Anspruch zu nehmen. Die Einführung einer obligatorischen Kostenerstattung etwa für den ambulanten Bereich löst nicht alle unsere Probleme, aber sie gibt mündigen Bürgern zumindest endlich eine Auskunft darüber, was wie viel im Gesundheitswesen kostet. Ich glaube, die meisten Menschen würden verantwortungsvoll mit dieser Information umgehen.

■ **RZB:** *Wie beurteilen Sie die Reform in den Niederlanden, wo es eine Grundversorgung mit Zusatzversicherungen (z. B. für die zahnärztliche Behandlung) gibt?*

Spahn: Das neue niederländische Krankenversicherungsmodell wurde uns vielfach als eine mögliche Lösung für Deutschland gepriesen, aber um so genauer man hinschaut, desto mehr merkt man, dass es sich nur bedingt mit der deutschen Situation vergleichen lässt. So hatten die privaten Krankenversicherungen dort niemals Kapitalrücklagen und Altersrückstellungen. Dann kann man sie natürlich auch ohne große Diskussion mit den gesetzlichen auf eine Stufe stellen. Nichtsdestotrotz ist und bleibt das Konzept von Zusatzversicherungen neben einer Grundversorgung richtig. Heute haben ja bereits über 18 Millionen GKV-Versicherte eine Zusatzversicherung.

■ **RZB:** *Warum ist es bei uns so schwierig mit einer echten Strukturreform und einer Entbürokratisierung im Gesundheitswesen?*

Spahn: Nun, die deutsche Krankenversicherung ist eines der ältesten und größten Sozialsysteme Europas mit einer langen Entwicklung durch verschiedene Zeiten. Viele schlaue und einleuchtende Theorien, wie denn das Gesundheitssystem idealerweise aufgebaut und strukturiert sein müsste,

mögen im Elfenbeinturm und für einen Zeitpunkt „Null“ funktionieren, nicht aber mal eben so für ein bestehendes System, in dem viele unterschiedliche Gruppen, Verbände und nicht zuletzt Versicherte Ansprüche haben. Von daher braucht es dazu eines gewissen Drucks des Faktischen und einer politi-

schen Schlagkraft, wie sie etwa die Große Koalition aufbringen könnte – wenn sie sich denn einigt.

■ **RZB:** *Vielen Dank für das Interview und viel Erfolg bei Ihren politischen Aktivitäten für mehr Gerechtigkeit zwischen den Generationen.*

FÜR SIE GELESEN

Wer köpft, wird nicht gleich dumm



Die Frage ist fast so alt wie der Fußball selbst: Machen Kopfbälle dumm? Bisherige sportmedizinische Forschungen zeigen, dass man differenzieren muss: „Grundsätzlich ist die Kraft, die bei einem Kopfball auf den Körper einwirkt, nicht so groß, dass man akute Verletzungen erwarten müsste“, sagt Prof. Dr. Andreas Schmid, Oberarzt der Sportmedizinischen Abteilung der Universität Freiburg. In mehreren Studien wurden Frauen und Männern beim Köpfen untersucht, und es konnten hinterher keine größeren Veränderungen bei neuropsychologischen Tests festgestellt werden. Hierbei wurden z. B. die Merkfähigkeit, die Denkgeschwindigkeit und das Erinnerungsvermögen getestet. „Einige Versuchspersonen erlebten allerdings Symptome, die denen nach einer leichten Gehirnerschütterung gleichen“, berichtete Schmid. Diese Empfindungen konnten jedoch nicht gemessen werden und verschwanden rasch wieder.

Als man die neuropsychologischen Tests mit Personen wiederholte, die über einen langen Zeitraum Fußball gespielt und viel geköpft hatten, verschlechterten sich die Ergebnisse aller-

dings. „Es gibt also Hinweise darauf, dass Kopfbälle über einen längeren Lebenszeitraum zu messbaren Funktionsveränderungen im Gehirn führen können“, fasst der Freiburger Sportarzt zusammen. Dies heißt also, dass Kopfbälle nicht sofort dumm machen, auf Dauer aber die Gehirnleistung verändern können.

„Das Gefahrenpotenzial von Kopfbällen kann man durch die richtige Technik mindern“, sagt Schmid. Trainiert werden sollten das richtige Timing und die Bewegungskoordination, damit man den Ball kontrolliert mit der Stirn annehmen kann. Es sei auch möglich, die Nacken- und Rückenmuskulatur gezielt für Kopfbälle zu stärken.

Ärzte Zeitung, 12. 6. 2006

Ein Fußballspiel hat Einfluss auf die Temperatur

Erstmals haben Meteorologen ein Fußballspiel untersucht. Ihr Fazit: Die Begegnung hat direkten Einfluss auf das Klima in Stadion. Die Temperatur und die Luftfeuchtigkeit in der Arena sind während der Begegnung gestiegen, wie Karsten Brandt von Donnerwetter.de in Bonn mitteilte.

Auf Jahrmärkten und Volksfesten hatten die Wetterexperten zuvor schon Temperaturunterschiede von bis zu acht Grad Celsius zur Umgebung registriert. Beim Bundesligaspiel MSV Duisburg gegen Werder Bremen sind die Meteorologen mit Handmessgeräten durch die Zuschauerreihen der MSV-Arena gezogen und haben immer wieder Temperatur und Luftfeuchtigkeit ermittelt. Zum Vergleich wurden außerhalb des Stadions diese Werte ebenfalls gemessen. Während draußen 22 Grad waren und sich die Luft während des Spiels weiter abkühlte, stieg die Temperatur im Stadion auf bis zu 26 Grad an.

Ärzte Zeitung, 8. 5. 2006

Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht

Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener, Münster

An den Anfang dieser Rechtsprechungsübersicht soll eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 12. 7. 2005 (1 U 25/05) gestellt werden, die für ziemliche Unruhe und Verunsicherung unter den Zahnärzten geführt hat, obwohl sie aus juristischer Sicht keine eigentlichen neuen und damit auch keine spektakulären Sentenzen und Tendenzen enthielt.

Aufklärungspflicht über Therapiealternativen

Eine Patientin verlangte von ihrem Zahnarzt Schadensersatz und Schmerzensgeld wegen einer im Ergebnis fehlgeschlagenen Augmentation. Im Rahmen einer zahnärztlich-implantologischen Behandlung hatte der beklagte Zahnarzt im Jahre 1999 zum Aufbau des Oberkieferknochens BioOss als Augmentationsmaterial verwendet. Der Eingriff als solcher war notwendig, da der Kieferknochen für eine Implantation zu stark atrophiert war. Das Augmentat verrutschte allerdings später, entzündete sich und musste operativ entfernt werden.

Die Patientin führte eine Behandlungsfehlerklage, scheiterte jedoch damit, weil das Landgericht behandlungsfehlerhaftes Vorgehen des beklagten Zahnarztes nicht erkennen konnte. Erfolgreich hingegen war die Patientin mit ihrem Vorbringen, sie sei nicht ausreichend über die geplante Behandlung, insbesondere über die möglichen Behandlungsalternativen, aufgeklärt worden. Neben der Verwendung von bovinem, also aus Rinderknochen gewonnenem Augmentationsmaterial mit oder ohne Beimischung von eigenem Knochen, habe es eine gleichermaßen indizierte Behandlungsalternative mit wesentlichen Unterschieden in der Belastung, den Risiken und den Erfolgchancen gegeben, nämlich die ausschließliche Verwendung von körpereigenem Knochenmaterial aus dem Beckenkamm der Patientin.

Außerdem konnte die Patientin dem Gericht glaubhaft machen, dass ihr der Begriff „bovin“ nicht bekannt gewesen sei und ihr mithin mangels weitergehender diesbezüglicher Aufklärung die Herkunft des Materials vom Rind nicht bewusst wurde.

Das Oberlandesgericht Stuttgart schloss sich der Argumentation der Patientin an, betrachtete es als erwiesen, dass sie in nicht ausreichender Weise aufgeklärt worden sei, mithin ihre Einwilligungserklärung in den Eingriff unwirksam und dieser damit rechtswidrig war.

Aus den Entscheidungsgründen

Zwar ist die Wahl der Behandlungsmethode grundsätzlich Sache des Arztes. Bestehen aber mehrere, medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmöglichkeiten mit wesentlich unterschiedlichen Risiken oder Erfolgsaussichten, so ist der Patient hierüber in Kenntnis zu setzen, damit er in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts die Entscheidung für die eine oder andere Behandlungsmöglichkeit eigenverantwortlich treffen kann.

Die implantologische Versorgung mit autologem Knochenmaterial stellt eine gleichwertige Behandlungsalternative zur Verwendung von Knochenersatzmaterial aus Rinderknochen dar; über diese Behandlungsmöglichkeit ist die Klägerin pflichtwidrig nicht in gebotener Weise aufgeklärt worden.

Der Sachverständige hat nachvollziehbar ausgeführt, dass es sich bei beiden Therapieansätzen um medizinisch gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten handele, die unterschiedliche Belastungen des Patienten mit sich brächten und zu unterschiedlichen Risiken und Erfolgchancen führten. So könne bei der Verwendung von eigenem Knochenmaterial schon nach drei Monaten implantiert werden, die Gewinnung dieses Materials setze allerdings einen operativen Eingriff am Beckenkamm



voraus, der wiederum zu einem eigenständigen Infektionsrisiko führe und die Behandlung teurer mache. Ein solcher Eingriff sei hingegen entbehrlich, wenn Knochenersatzmaterial verwendet werde. Dort betrage die Einheilungszeit allerdings sechs bis neun Monate. Darüber hinaus bestehe bei Knochenersatzmaterialien aufgrund der Porosität des Materials eine größere Infektanfälligkeit im Vergleich zum transplantierten autologen Knochen. Auch die Behandlung einer Infektion sei schwieriger. In diesem Zusammenhang hätte die Klägerin über die Herkunft des Augmentationsmaterials aufgeklärt werden müssen. Eine solche Aufklärungspflicht, deren Bestehen der Beklagte auch nicht in Abrede stellte, hat der Sachverständige unmissverständlich bejaht. Er hat dies nachvollziehbar damit begründet, dass in der damaligen Literatur hinsichtlich der Therapiesicherheit von Ersatzmaterialien bovinen Ursprungs keine eindeutige Meinung bestanden und die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1997 empfohlen habe, Rinderstoffe als Ausgangsmaterialien für die Herstellung von Medizinprodukten soweit wie möglich zu vermeiden.

Der Beklagte hat nicht bewiesen, dass er die Klägerin in dieser Art und Weise aufgeklärt hat. Der Beklagte hat keine vollständige Information über die Vorzüge und Nachteile der Verwendung von Knochen aus dem Beckenkamm einerseits und von Knochenersatzmaterialien andererseits vermittelt, sondern auf den Kostenfaktor abgestellt. Die vom Beklagten genannten Kostengesichtspunkte entbinden aber nicht von einer Aufklärung über gleichwertige Behandlungsmaßnahmen. Erst wenn einem Patienten die medizinischen Vor- und Nachteile gleichwertiger Behandlungsalternativen dargelegt worden sind, kann dieser in Ausübung des Selbstbestimmungsrechts Chancen

und Risiken abschätzen und eigenständig beurteilen, ob und inwieweit gegebenenfalls auch finanzielle Gesichtspunkte einen Ausschlag für oder gegen eine Behandlungsalternative geben.

Darüber hinaus hat der Beklagte nicht bewiesen, die Klägerin über die Herkunft des Augmentationsmaterials BioOss und die möglichen Risiken aufgeklärt zu haben. Der von ihm behauptete Hinweis auf die bovine Herkunft des Materials reicht hierfür nicht aus. Die Klägerin hat glaubhaft und nachvollziehbar dargelegt, dass ihr die Bedeutung des Wortes bovin nicht bekannt gewesen sei.

Wegen der unzulänglichen Aufklärung war mithin die Einwilligung der Patientin in den Eingriff unwirksam und der Eingriff somit rechtswidrig. Deswegen haftet der Beklagte für die mit diesem Eingriff verbundenen Nachteile und Schmerzen. Da dieser fehlgeschlagen ist, bedurfte es eines weiteren Eingriffs zur Entfernung des Augmentationsmaterials. Damit hat der Beklagte auch für die Unannehmlichkeiten dieses Eingriffs einzustehen. Unter Berücksichtigung des weiteren Umstandes, dass sich die implantologische Versorgung der Klägerin – neben der Duldung von zwei überflüssigen operativen Eingriffen – um 13 Monate verzögerte, rechtfertigte dies die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes von 5 000 Euro. Daneben wurde der Zahnarzt zur Übernahme auch sämtlicher künftiger immaterieller Schäden sowie zur Übernahme aller vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die der Klägerin aus dieser zahnärztlichen Behandlung entstanden sind bzw. noch entstehen werden, verpflichtet.

Nähere Betrachtung der Urteilsbegründung

Wenn man das Urteil und seine Begründung liest, so entdeckt man – wie schon eingangs angemerkt – keine neuen Tendenzen oder Verschärfungen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung. Deutliches Unbehagen stellt sich allerdings bei näherer Betrachtung ein, wenn man die Begründung des Gerichts in einen zeitlichen Kontext mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand bringt. Dazu schreibt der Vorstand des BDIZ (BDIZ Konkret 4/2005, S. 52): Das OLG Stuttgart verlangt einen deutlichen Hinweis auf die Herstellung von BioOss aus Rinderknochen und begründet dies vor allem mit einer Warnung der WHO aus

dem Jahre 1997 wegen BSE-Gefahr. Die Behandlung war aber 1999. Für diesen Zeitpunkt war den meisten Experten schon klar, dass dieses Risiko bei der Verwendung solcher Präparate nicht besteht. Heute weiß man, dass das Risiko nicht existent ist. Aus dem Urteil ergibt sich nicht, ob dem Oberlandesgericht diese Entwicklung in der Risiko-beurteilung bekannt war. Die Frage ist, ob nicht auch bei der Aufklärungspflicht, ebenso wie im Behandlungsfehlerbereich, neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zugunsten des Zahnarztes zu berücksichtigen sind. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat der Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie auf eine Anfrage im Jahre 2004 mitgeteilt, dass die Herstellerfirma des Produktes BioOss mittlerweile den Unbedenklichkeitsnachweis erbracht habe. Damit weicht die aktuelle Risiko-Nutzen-Relation deutlich von der Risiko-Nutzen-Relation ab, die das Oberlandesgericht erkennbar seiner Entscheidung zugrunde gelegt hat. Es darf bezweifelt werden, dass die Entscheidung unter Berücksichtigung dieses Aspektes genauso gefällt worden wäre.

Auf eine weitere bedenkliche Auswirkung dieses Urteils weist Ratajczak in einer Besprechung dieser Entscheidung hin (BDIZ Konkret 4/2005, S. 60). Das OLG Stuttgart interessierte sich nach seinen im Urteil wiedergegebenen Ausführungen zum Aufklärungsgespräch vor allem dafür, dass die Patientin sich „vor dem Hintergrund einer naturheilkundlichen Ausbildung, ihres Interesses für Homöopathie, verbunden mit der Ablehnung anderer als naturheilkundlicher Produkte“ in einem Entscheidungskonflikt befunden hätte, wenn sie denn gewusst hätte, dass BioOss ein Material bovinen Ursprungs ist. Vor dem Hintergrund des aktuellen Kenntnisstandes kann man aber so nicht wissenschaftlich argumentieren; vielmehr handelt es sich dabei eher um eine individuelle Befindlichkeit. Gibt man solchen Befindlichkeiten nach, kommt man rasch in die Problematik der Unterlassung richtiger Schritte aus medizinischen Überlegungen. Tritt dann der erhoffte Erfolg nicht ein, so sieht sich möglicherweise der Arzt oder Zahnarzt gerade der entgegengesetzten Argumentation ausgeliefert. Ratajczak folgert, dass man mit Hilfe des Arzthaftungsrechtes nicht Befindlichkeiten schmerzengeldfähig machen darf. Dem kann man nur aus voller Brust zustimmen.

Insgesamt macht diese Entscheidung wieder einmal sehr deutlich, wie wichtig nach wie vor und immer noch weiter eine ausführliche Beachtung der Aufklärungspflicht für eine effektive Konfliktprophylaxe ist. Das Urteil macht aber auch klar, wie notwendig es ist, dass der Sachverständige bei seiner Arbeit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, so gut es nur eben möglich ist, herausarbeitet, unter anderem damit entlastende Auswirkungen neuer Erkenntnisse nicht verloren gehen.

Kenntnis und Beachtung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes

Auch im nächsten Fall, den das Oberlandesgericht Köln am 12. 1. 2005 entschieden hat (5 U 96/03), spielte der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand eine entscheidende Rolle. Unter anderem ging es darum, dass ein Zahnarzt an einem später verloren gegangenen Zahn bei einer Pulpitis zur Devitalisierung der Pulpa das Medikament Toxavit eingesetzt hatte.

Er musste sich vorhalten lassen, dass die Methode der Wahl eine Vitalexstirpation gewesen wäre, weil Toxavit schon in den 80er-Jahren nicht mehr dem zahnärztlichen Standard entsprochen habe, da die Fachgesellschaften wegen der zytotoxischen Wirkungen von der Verwendung von Paraformaldehyd abgeraten hätten. Daran ändere auch die Tatsache nichts, dass Toxavit noch erhältlich sei und auch in den zahnärztlichen Praxen vereinzelt noch angewendet werde.

Die streitgegenständliche Behandlung hatte 1998 stattgefunden. Bereits zum damaligen Zeitpunkt existierten eindeu-

Lichtart



... alles kommt auf die Beleuchtung an!
Theodor Fontane

Beleuchtungskonzepte für Ihre Praxis(t)räume

Axel Kaufmann · Peter Kockelke
Showroom Dortmund · Brüderweg 15 · 44135 Dortmund
Telefon +49 231-529451 · Telefax +49 231-5759094
www.lichtart.info

tige Stellungnahmen zur Anwendungseinschränkung bezüglich aldehydfreisetzender zahnärztlicher Materialien. Ein weiterer Fall, der deutlich macht, wie wichtig die Kenntnis und die Beachtung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes sind.

Grober Behandlungsfehler und Beweislastumkehr

Es gibt unter Sachverständigen große Unsicherheiten im Hinblick auf den Begriff des groben Behandlungsfehlers und der damit oft in Zusammenhang stehenden Umkehr der Beweislast. Im Arzthaftungsprozess liegt die Beweislast für die Kausalität eines Behandlungsfehlers für einen eingetretenen Schaden regelmäßig beim Patienten. Während einerseits ein ausnahmsloses Festhalten an diesem Grundsatz in entsprechenden gelagerten Sachverhaltsituationen die Beweismöglichkeiten eines Patienten von vornherein aussichtslos erscheinen ließen, würde andererseits eine zu großzügige Handhabung im Sinne einer Verlagerung der Beweislast auf die Behandlerseite dieser eine unzumutbare Garantieverantwortung auferlegen. Unter diesem Dilemma stehen die Beweiserleichterungen, die die Rechtsprechung zur Erzielung von mehr Einzelfallgerechtigkeit vorsieht. Die Beweislastumkehr beim groben Behandlungsfehler soll verhindern, dass der Arzt aus den besonderen Erschwernissen, die er durch einen Verstoß gegen elementare Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse für die Kausalitätsfeststellung bewirkt hat, im Haftungsprozess auch noch Nutzen ziehen könnte. Prinzipiell muss hier der Arzt und nicht der Patient mit den Feststellungsschwierigkeiten hinsichtlich der Ursächlichkeit des Fehlers belastet sein. Dabei geht es nicht um eine Bestrafung des Arztes für grobes Verschulden, sondern um wertende Zuteilung besonderer Beweisschwierigkeiten nach den Grundsätzen von Treu und Glauben.

Nach dem Bundesgerichtshof kann auch eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden führen, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die

Nichtreaktion darauf als grob fehlerhaft darstellen würden.

Die beiden Urteile des Bundesgerichtshofes, die hier vorgestellt werden sollen, betrafen beide keine zahnmedizinischen Sachverhalte. Daher sollen nur die rechtsgrundsätzlichen Ausführungen des Gerichts zitiert werden, die aber unmittelbar auch auf zahnmedizinische Sachverhalte Anwendung finden können.

BGH, Urteil vom 27. 4. 2004 – VI ZR 34/03 (Medizinrecht 2004, S. 561)

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahe legen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht.

Deshalb ist eine Verlagerung der Beweislast auf die Behandlungsseite nur ausnahmsweise ausgeschlossen, wenn jeglicher haftungsbegründende Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist. Gleiches gilt, wenn sich nicht das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als grob erscheinen lässt, oder wenn der Patient durch sein Verhalten eine selbstständige Komponente für den Heilungserfolg vereitelt hat und dadurch in gleicher Weise wie der grobe Behandlungsfehler des Arztes dazu beigetragen hat, dass der Verlauf des Behandlungsgeschehens nicht mehr aufgeklärt werden kann. Das Vorliegen einer derartigen Ausnahmekonstellation hat allerdings der Arzt zu beweisen.

BGH, Urteil vom 23. 3. 2004 – VI R 428/02 (Medizinrecht 2004, S. 559)

In diesem Urteil bestätigt der für Arzthaftungssachen zuständige VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes, dass ein Verstoß des Arztes gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten zur Folge haben kann. Verletzt der Arzt diese Pflicht, so erschwert oder vereitelt er dem Patienten wegen des Fehlens des sonst als Beweismittel zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisses die Beweisführung in einem späteren Haftpflicht-

prozess. Dies rechtfertigt es, dem Patienten in einem solchen Fall Beweiserleichterungen zu gewähren.

Der Bundesgerichtshof hebt hervor, dass auch eine nicht grob fehlerhafte Unterlassung der gebotenen Befunderhebung dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers führen kann, wenn sich bei Abklärung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte und sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde. Dabei darf die Frage, ob die unterlassene Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis erbracht hätte, nicht mit der Frage vermengt werden, ob der Befunderhebungsfehler tatsächlich den eingetretenen Gesundheitsschaden verursacht hat. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines reaktionspflichtigen Befundergebnisses ist unabhängig von der Kausalitätsfrage zu beurteilen. Sie darf insbesondere nicht mit der Begründung verneint werden, der Gesundheitsschaden könne im Ergebnis auch infolge eines völlig anderen Kausalverlaufs eingetreten sein. In den Fällen, in denen der Arzt gegen seine Pflicht zur Befunderhebung verstoßen hat, kommen nämlich wegen des Fehlens der sonst als Beweismittel zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisse typischerweise verschiedene Schadensursachen in Betracht. Von welcher dieser möglichen Ursachen auszugehen ist, ist aber Gegenstand des Kausalitätsbeweises, der bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen der Behandlungsseite auferlegt wird.

Unabhängig von vorstehenden Erwägungen zur Beweislastverteilung nimmt der Bundesgerichtshof in vorliegendem Urteil auch noch allgemein zu Fragen des Sachverständigenbeweises Stellung und betont, dass gerade in Arzthaftungsprozessen Äußerungen medizinischer Sachverständiger vom Tatrichter nachvollzogen werden müssen und kritisch auf ihre Vollständigkeit und Widerspruchsfreiheit zu prüfen sind. Dies gilt sowohl für Widersprüche zwischen einzelnen Erklärungen desselben Sachverständigen als auch für Widersprüche zwischen Äußerungen mehrerer Sachverständiger, selbst wenn es sich dabei um Privatgutachten handelt, die kein Beweismittel im Sinne von

§ 355 ff. ZPO sind, sondern lediglich einen qualifizierten urkundlich belegten Teil des Parteivorbringens darstellen. Erkennbaren Unklarheiten und Widersprüchen hat der Tatrichter nachzugehen, sie dem Sachverständigen vorzuhalten und erforderlichenfalls im Rahmen seiner Verpflichtung zur Sachverhaltsaufklärung ein weiteres Gutachten einzuholen.

Hypothetische Einwilligung

Kehren wir noch einmal zurück zur Aufklärungspflicht. Wie bereits eingangs dargelegt, zielt die Rüge der Aufklärungspflichtverletzung darauf ab, die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung des Patienten nachträglich unwirksam zu machen, indem er behauptet, bei ordnungsgemäßer Aufklärung hätte er vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden und die Einwilligung in den Eingriff nicht erteilt. Der Zahnarzt hat in einer solchen Situation die Möglichkeit, einzuwenden, dass der Patient dem Eingriff auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt hätte. Es ist dies die prozessuale Möglichkeit, das Aufklärungsdefizit durch die sogenannte hypothetische Einwilligung zu ersetzen. Der Patient muss demgegenüber dann plausibel darlegen, dass er bei ordnungsgemäßer Aufklärung tatsächlich vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte.

In diesem Zusammenhang soll auf ein Urteil des Amtsgerichts Kiel verwiesen werden, welches wohl nicht zu den Glanzleistungen der Jurisdiktion gehört (AG Kiel, Urteil vom 16. 1. 2004, 113 C 254/02). Bei einer Patientin war ein so genannter Sinuslift mit autologer Knochen transplantation und anschließender Implantation durchgeführt worden. Bis auf eine vorübergehende Schwellung und eine ebenfalls vorübergehende Mundöffnungseinschränkung war der Eingriff normal und erfolgreich verlaufen.

Der auf sein Honorar klagende Kieferchirurg trug vor, die Patientin auch ausführlich aufgeklärt zu haben. Die Patientin behauptete demgegenüber, insbesondere nicht darüber aufgeklärt worden zu sein, dass die transplantierten Knochenblöckchen mit Hilfe kleiner Schrauben fixiert werden würden und dass das Operationsgebiet bis zum Jochbein reichen würde.

Das Gericht schloss sich der Argumentation der Patientin an und hielt es nicht für erwiesen, dass der Operateur über

die Art der Befestigung der Transplantate mit Hilfe kleiner Schrauben sowie die exakte Begrenzung des Operationsgebietes aufgeklärt habe. Gerade diese Aufklärung hielt das Gericht aber für wesentlich, was es damit begründete, dass die Operation ein Wahleingriff und damit nicht zwingend notwendig war. Die Patientin hatte behauptet, wenn sie auch darüber aufgeklärt worden wäre, wäre der Eingriff nicht durchgeführt worden.

Das Gericht argumentierte weiter, da die Operation fachgerecht verlaufen sei, würde dem Kläger grundsätzlich ein Honoraranspruch zustehen. Dieser sei jedoch durch Aufrechnung erloschen, da die Beklagte insoweit ihren Schmerzensgeldanspruch entgegenhalten könne. Die Operation sei ohne hinreichende Aufklärung als Körperverletzung anzusehen, die auch rechtswidrig und schuldhaft erfolgt sei. Angesichts der Schmerzen bei der Operation, die ohne die Operation nicht entstanden wären, läge es auf der Hand, dass dieser Anspruch zumindest den Honoraranspruch aufhebe.

Wie man einem Gericht nach geplanter und gelungener Transplantation und Implantation plausibel machen kann, dass man von eben diesem Eingriff Abstand genommen hätte, wenn man nur gewusst hätte, dass die Knochenblöckchen mit kleinen Schrauben fixiert würden, bleibt schleierhaft. Vielleicht kam der beklagten Patientin bei ihrer Argumentation und deren Überzeugungskraft vor Gericht die Tatsache zu Hilfe, dass sie juristische Lehrstuhlinhaberin an der örtlichen Universität war. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Nachbesserungsrecht und Vertrauensverlust

Dass aus der Feder eines Amtsrichters auch sehr sachgerechte und der Rechtsklarheit in erfreulicher Weise zuträgliche Entscheidungen stammen, belegt der folgende Fall, den das Amtsgericht Frankfurt am Main am 3. 4. 2003 entschieden hat (30 C 2386/02 – 25 – Medizinrecht 2005, S. 361).

Eine Zahnärztin gliederte einem Patienten im Jahre 1995 eine Zahnbrücke ein. Sechs Jahre später begab sich der Patient erneut bei der Zahnärztin in Behandlung, nachdem ein Stück der Keramikverblendung der Brücke abgeplatzt war. Die Zahnärztin sandte die Brücke zum Aufbrennen einer neuen Keramik an ein zahntechnisches Fremd-

labor. Dort wurde die Brücke durch das Aufbrennen der neuen Keramik vollständig zerstört. Die Zahnärztin bot dem Patienten daraufhin kostenlose Nachbesserung und Neuerstellung an. Dies lehnte der Patient mit der Begründung ab, das Vertrauen in die Zahnärztin sei nachhaltig zerstört. Stattdessen begab er sich in anderweitige Behandlung. Mit seiner Klage begehrt der Patient Schadensersatz und Schmerzensgeld.

Dazu das Gericht: Die Klage ist unbegründet. Dem Kläger stehen gegenüber der Beklagten weder ein Schadensersatz- noch ein Schmerzensgeldanspruch zu.

Der Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient ist in der Regel ein Dienstvertrag, auch bei zahnprothetischer Behandlung. Dies bedeutet, dass ein Schadensersatzanspruch des Patienten gegenüber dem Zahnarzt wegen eines angeblichen Behandlungsfehlers zunächst dem Dienstvertragsrecht unterliegt. Demgemäß ist bei der Prüfung eines von dem Patienten behaupteten angeblichen Behandlungsfehlers zunächst zu prüfen, ob der vorliegende Mangel auf einem Pflichtverstoß des Zahnarztes beruht. Dies bedeutet weiterhin, dass dem Zahnarzt zunächst ein Nachbesserungsrecht selbst dann zusteht, wenn bei Zahnersatzleistungen bei erstmaliger Eingliederung der Prothetik diese noch nicht die gewünschte Funktion aufweisen sollte. In diesem Fall ist dem Zahnarzt gestattet, Korrekturen an den Zähnen und/oder dem Zahnersatz vorzunehmen, ohne dass ihm der Vorwurf eines Verstoßes gegen die Regeln der zahnärztlichen Heilkunst gemacht werden kann. Ein Nachbesserungsrecht des Zahnarztes entfällt erst dann, wenn bereits mehrere Nachbesserungsversuche fehlgeschlagen und an der Prothe-

HARTWIG GÖKE
PRAXISKONZEPTE

PLANEN
GESTALTEN
EINRICHTEN

Schwanenmarkt 4 | 40213 Düsseldorf
Tel. 02 11 - 8 62 86 88 | Fax 8 62 86 99
info@goeke-praxiskonzepte.de
www.goeke-praxiskonzepte.de

se neue Schäden aufgetreten sind. Das Nachbesserungsrecht des Zahnarztes geht unter Umständen soweit, dass er eine Nachbesserung auch in Form einer Neuanfertigung der Prothetik vornehmen darf, wenn keine nachvollziehbaren Umstände vorliegen, die einen Vertrauensverlust des Patienten rechtfertigen. Bricht mithin der Patient die Behandlung ab, obwohl dem Zahnarzt noch ein Nachbesserungsrecht zusteht, kann der Patient auch keinen Schadensersatz verlangen, wenn er eine Weiter- oder Neubehandlung bei einem anderen Zahnarzt durchführen lässt. Er bleibt darüber hinaus verpflichtet, das zahnärztliche Honorar zu zahlen.

Bei Zugrundelegung dieser Grundsätze ist im vorliegenden Fall ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld nicht ersichtlich. Dass die Brücke im Labor beim Aufbrennen der Keramik aus nicht nachvollziehbaren Gründen zerstört wurde, begründet sichtlich keinen Behandlungsfehler der Beklagten, sondern allenfalls einen Nachbesserungsanspruch des Klägers gegenüber der Beklagten hinsichtlich der zerstörten Brücke. Genau dies hat jedoch die Beklagte angeboten, was jedoch von dem Kläger abgelehnt worden ist. Warum durch die Zerstörung der Brücke in dem Fremdlabor das Vertrauen des Klägers in die Arbeitsweise der Beklagten total „zerstört“ worden sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Beklagte war ersichtlich mit dem Herstellungsvorgang nicht befasst. Das Vertrauen des Klägers in die zahnärztliche Qualifikation der Beklagten konnte daher durch diesen Vorgang auch nicht im Ansatz gestört, geschweige denn zerstört werden. Für einen Schadensersatzanspruch des Klägers ist kein Raum ersichtlich. Das gleiche gilt für einen Schmerzensgeldanspruch. Die Klage war daher insgesamt abzuweisen. Ein überzeugendes Urteil mit erfreulich klarer Diktion.

Privatbehandlung eines durch Behandlungsfehler geschädigten Kassenpatienten

Bislang schien die Rechtsprechung davon auszugehen, dass sich der Schadensersatzanspruch eines durch einen zahnärztlichen Fehler geschädigten Kassenpatienten auch nur auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkte.

Nach einer neueren Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 6. 7. 2004 (VI ZR 266/03 – Medizinrecht 2005, S. 167) gilt dies nicht generell. Zumindest im Einzel- bzw. Ausnahmefall kann die Haftpflicht des Schädigers auch die Übernahme der Kosten einer privatärztlichen Behandlung umfassen, z. B. wenn das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Geschädigten lediglich unzureichende Möglichkeiten der Schadensbeseitigung bietet.

Dazu der Bundesgerichtshof im Einzelnen: „Nach § 249 BGB alter Fassung hat der Schädiger bei Verletzung eines Menschen den ‚daraus entstehenden‘ Schaden zu ersetzen. Er hat dem Geschädigten die Mittel zur Verfügung zu stellen, mit denen dieser sich in die Lage versetzen kann, in der er sich ohne das schädigende Ereignis befinden würde.“

Der Zweck des Schadensersatzes erschöpft sich allerdings im Ausgleich des in haftungsrechtlich erheblicher Weise verursachten Schadens; eine darüber hinausgehende Besserstellung des Geschädigten soll er nicht bewirken. Deshalb hat nach einem allgemeinen Grundsatz des Schadensrechts der Schädiger den Verletzten in den Verhältnissen zu entschädigen, in denen er ihn betroffen hat.

Nach diesen Grundsätzen kann nicht unberücksichtigt bleiben, ob der Geschädigte Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist. Allerdings ist ein geschädigter Kassenpatient bei der Schadensbeseitigung nicht schon deshalb auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, weil ihm der Anspruch auf Heilbehandlung gegen seine Krankenkasse auch nach einem Behandlungsfehler verbleibt. Und bietet tatsächlich das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Geschädigten nur unzureichende Möglichkeiten zur Schadensbeseitigung oder ist die Inanspruchnahme dem Geschädigten aufgrund besonderer Umstände ausnahmsweise nicht zuzumuten, kann die Haftpflicht des Schädigers auch die Übernahme der Kosten einer privatärztlichen Behandlung umfassen.

Im vorliegenden vom BGH entschiedenen Fall war die Patientin aufgrund ihrer Pflicht zur Schadensminderung unter den besonderen Umständen des Streitfalles nicht gehalten, sich zu einem Vertragszahnarzt zu begeben, nachdem der nachbehandelnde Zahnarzt im Hin-

blick auf die außerordentliche Komplexität und Schwierigkeit der notwendigen Behandlung nicht bereit gewesen war, zu den Sätzen einer kassenärztlichen Vergütung tätig zu werden.

Schon nach der für die Schadensbeseitigung gegebene Dispositionsfreiheit ist die Wahl des Arztes durch den Geschädigten frei, da das persönliche Vertrauensverhältnis zu demjenigen, der den Schaden beseitigen soll, ein gewichtiges Auswahlkriterium ist. Dazu litt die Klägerin wegen der mangelhaften Behandlung durch die beklagte Zahnärztin unter erheblichen Schmerzen. Diesen Schmerzzustand so lange aufrecht zu erhalten, bis ein Vertragszahnarzt gefunden worden wäre, der das Vertrauen der Patientin hätte genießen können und bereit gewesen wäre, zu kassenärztlichen Bedingungen die Behandlung zu erbringen, war der Klägerin nicht zumutbar.“

Diese Ausführungen des Gerichts sind zunächst einmal überzeugend. Gleichwohl kann nicht übersehen werden, dass sie leicht instrumentalisiert werden könnten, wenn geschädigter Patient und nachbehandelnder Zahnarzt geschickt zusammenspielen. Hier wird es im Einzelfall auf das Fingerspitzengefühl des Gerichts ankommen, um einerseits dem geschädigten Patienten zu einer gerechten Wiedergutmachung zu verhelfen, andererseits ihn aber auch nicht besser zu stellen, als er nach den Grundsätzen des Schadensrechts stehen würde.

Leitsätze

Vor der Knochenaugmentation mit künstlichem Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs ist der Patient sowohl über diese Tatsache aufzuklären als auch über die mögliche Alternative einer Augmentation nur mit körpereigenem Knochen, beispielsweise aus dem Beckenkamm, einschließlich der dafür erforderlichen Operation.

Bestehen also mehrere, medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmöglichkeiten mit wesentlich unterschiedlichen Risiken oder Erfolgsaussichten, so ist der Patient hiervon in Kenntnis zu setzen, damit er in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes die Entscheidung für die eine oder andere Behandlungsmöglichkeit eigenverantwortlich treffen kann.

*Oberlandesgericht Stuttgart,
Urteil vom 12. 7. 2005 – 1 U 25/05 –*

Die Anwendung aldehydfreisetzender Devitalisierungsmittel (z. B. Toxavit) entspricht grundsätzlich nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand in der Zahnheilkunde. Eine andere Bewertung ergibt sich auch nicht daraus, dass Toxavit noch erhältlich ist und auch in vereinzelt zahnärztlichen Praxen noch angewandt wird.

*Oberlandesgericht Köln,
Urteil vom 12. 1. 2005 – 5 U 96/03 –*

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden, der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler grundsätzlich geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahe legen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht.

*Bundesgerichtshof, Urteil vom 27. 4. 2004
– VI ZR 34/03 – Medizinrecht 2004, S. 561*

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte und wenn

sich die Verkenning dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würden. In diesem Rahmen ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines reaktionspflichtigen Befundergebnisses unabhängig von der Kausalitätsfrage zu beurteilen und darf insbesondere nicht mit der Begründung verneint werden, der Gesundheitsschaden könne auch infolge eines völlig anderen Kausalverlaufs eingetreten sein.

*Bundesgerichtshof, Urteil vom 23. 3. 2004
– VI ZR 428/02 – Medizinrecht 2004, S. 559*

Auch die Art der Befestigung eines Knochenaugmentationstransplantates mit Hilfe kleiner Schrauben sowie die exakte Begrenzung des Operationsgebietes gehören zu den wesentlichen Inhalten der Aufklärungspflicht. Bei Verletzung dieser Aufklärungspflicht steht auch bei erfolgreicher Operation dem Honoraranspruch des Arztes ein aufrechenbarer Schmerzensgeldanspruch des Patienten entgegen.

*Amtsgericht Kiel,
Urteil vom 16. 1. 2004 – 113 C 254/02 –*

Dem Zahnarzt steht zunächst grundsätzlich ein Nachbesserungsrecht zu, wenn bei erstmaliger Eingliederung der Prothetik diese noch nicht die gewünschte Funktion aufweist. In diesem Fall muss dem Zahnarzt die Möglichkeit zur Korrektur eingeräumt werden, ohne dass ihm deswegen der Vorwurf eines

Verstoßes gegen die Regeln der zahnärztlichen Heilkunde gemacht werden kann.

Ohne nachvollziehbare Gründe kann sich ein Patient nicht auf einen Vertrauensverlust gegenüber dem Zahnarzt berufen.

*Amtsgericht Frankfurt a. M.,
Urteil vom 3. 4. 2003 – 30 C 2386/02 – 25 –
Medizinrecht 2005, S. 361*

Ein durch einen ärztlichen Fehler geschädigter Kassenpatient ist bei der Schadensbeseitigung nicht schon deshalb auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, weil ihm grundsätzlich der Anspruch auf Heilbehandlung gegen seine Krankenkasse auch nach einem Behandlungsfehler verbleibt.

Die Haftpflicht des Schädigers kann die Übernahme der Kosten einer privatärztlichen Behandlung für einen geschädigten Kassenpatienten umfassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalles feststeht, dass das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nur unzureichende Möglichkeiten zur Schadensbeseitigung bietet oder die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistung aufgrund besonderer Umstände ausnahmsweise dem Geschädigten nicht zumutbar ist.

*Bundesgerichtshof,
Urteil vom 6. 7. 2004 – VI ZR 266/03 –
Medizinrecht 2005, S. 167*

PZM

Erfolg mit Prävention

Ein Konzept der Zahnärztekammer Nordrhein
für das Praxisteam

17. Einführungsveranstaltung (Kurs-Nr.: 06199)

Freitag, 17. November 2006, 9.00 bis 17.30 Uhr

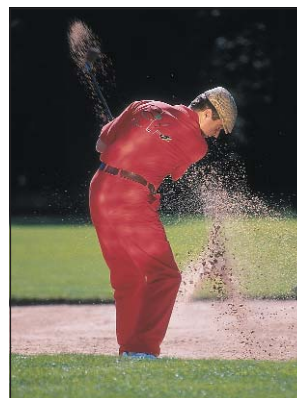
8 Fortbildungspunkte nach den Richtlinien der BZÄK

Teilnehmergebühr: € 150,00 für den Zahnarzt
€ 50,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

Karl-Häupl-Institut
Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein

Telefonische Auskunft erteilt Frau Burkhardt
unter 02 11 / 5 26 05 23

Anmeldung per Fax unter 02 11 / 5 26 05 21



**15. Nordrheinisches
Zahnärzte-Golfturnier**
Mittwoch, den 13. 9. 2006
Golfpark Rittergut Birkhof
41352 Korschenbroich

Weißwurstfrühstück: 11.00 Uhr

Kanonenstart: 13.00 Uhr

Info:

Dr. M. Hohaus (02 11) 55 30 70
ZA R. Meyer (02 21) 25 30 00

Abrechnungsservice

Termingerechte Unterstützung bei der zahnärztlichen Abrechnung
Praxisorientierte Dienstleistung, Kostentransparenz
keine Personalnebenkosten, Diskretion

Dienstleistung für die Zahnarztpraxis

Kordula Thielsch, 47495 Rheinberg
Tel. 0 28 43 / 95 34 14 * k.thielsch@gmx.de

Euregiodent:

Praxis und Wissenschaft – der Patient im Mittelpunkt



Deutschland ist das Land mit den meisten angrenzenden Nachbarn. Insbesondere im deutsch-niederländischen Grenzgebiet wird bereits der grenzüberschreitende Gesundheitstourismus praktiziert. Vor allem für die Bürger im grenznahen Bereich ist es ganz alltäglich geworden, jenseits der Grenze nicht nur zu arbeiten und einzukaufen, sondern auch den Arzt ihres Vertrauens zu konsultieren.

Früher machte die zahnmedizinische Versorgung an der Grenze halt. Heute werden zahnmedizinische Dienstleistungen zunehmend auch grenzüberschreitend in Anspruch genommen. Ursachen dafür sind der Wegfall der Grenzen, die größere Mobilität der Patienten, erweiterte oder andere Behandlungsmöglichkeiten, eventuell längere Wartezeiten auf einen Behandlungstermin im Heimatland und unter Umständen Preisvorteile bei der Inanspruchnahme einer Behandlung im Nachbarland. Hinzu kommt, dass der EuGH mit seiner Rechtsprechung die rechtlichen Grundlagen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland geebnet hat. Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen im Binnenmarkt wird sich zukünftig verstetigen und ausweiten, sodass die Mobilität insgesamt wachsen wird.

Allerdings sind die Patienten nur unzureichend über die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Dienstleistungen informiert, d. h. es existieren Defizite und ein Mangel an Transparenz und Information über Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf besondere Behandlungsmethoden, die Behandlungen besonderer Problempatienten und den zahnärztlichen Notfalldienst. Außerdem sind die Anwohner in den Grenzgebieten auf Grund ihrer Randlage bezüglich der Versorgung mit zahnmedizinischen Dienst-

leistungen gegenüber dem Binnenland in der Regel häufig benachteiligt.

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vollzieht sich in Form von gezieltem „Gesundheitstourismus“, im Rahmen von Reiseaktivitäten oder aber im Notfall, bzw. weil der Zahnarzt jenseits der Grenze schneller und/oder einfacher zu erreichen ist. Der Patient erwartet in diesen Fällen eine ortsnahe Versorgung nach dem aktuellen zahnmedizinischen Standard, d. h. eine gleichwertige Behandlungs- bzw. hochwertige Versorgungsqualität wie im Heimatland. Eine grenzüberschreitende innovations- und bedarfsorientierte zahnmedizinische Versorgung sollte dabei die Förderung der gleichmäßigen Qualität zahnmedizinischer Dienstleistungen zum Vorteil der Patientenversorgung im Auge haben. Dabei sind zum einen die vorhandenen Ressourcen (zahnmedizinisches wissenschaftliches Know-how) und zahnmedizinische Infrastruktur der Praxen diesseits und jenseits der Grenze zu nutzen.

Zum anderen sollen die vorhandenen Kenntnisse unter Einbindung der Hochschulen und Fortbildungseinrichtungen der Projektpartner grenzüberschreitend ausgetauscht werden. Durch die Implementierung auch neu erforschter Behandlungsmethoden, speziell für alte Menschen, Behinderte und Hochrisikokinder in die grenzüberschreitende zahnmedizinische Versorgung, kann die Behandlungs- und Versorgungsqualität in diesem Behandlungssegment verbessert werden. In diesem Rahmen qualitätsgesicherte, einheitliche, aufeinander abgestimmte wissenschaftliche Curricula entwickelt werden, wodurch eine Verbesserung der Mundgesundheit bei den Problemfällen, aber auch eine annähernd gleiche Qualität der zahnärztlichen Dienstleistungen erreicht werden kann, zum Nutzen der Patienten.

Um den grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch anzuregen, aber auch als Maßnahme der Qualitätssicherung, soll die Bildung entsprechender zahnärztlicher Arbeitsgruppen (grenzüber-

schreitende Qualitäts-/Kompetenzzirkel) gefördert und umgesetzt werden. Schließlich soll die Mobilität der Patienten, aber auch der Zahnärzte, gefördert werden. Hierzu soll eine grenzüberschreitende Plattform für Patienten- und/oder Zahnarztinformation entwickelt werden. Bestandteil der Patienteninformation wird auch der grenzüberschreitende Austausch von Notfalldienstplänen sein.

Grenzüberschreitende Betreuung von zahnmedizinisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Projektvorschlag:

Welche sind benachteiligte Gruppen?

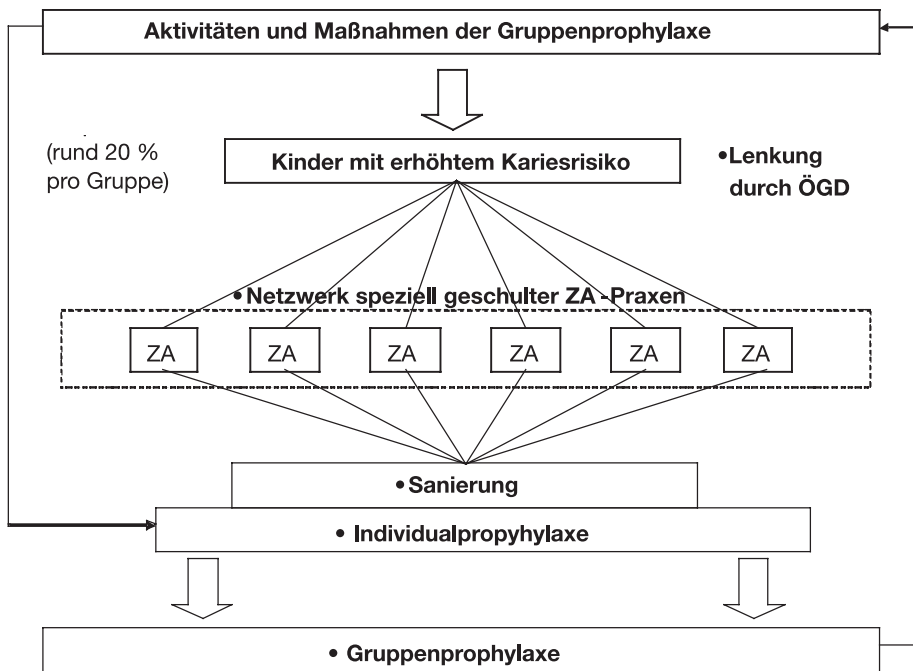
- Schulkinder mit hohem Kariesrisiko
- Oralhygiene bei Pflegefällen und immobilen Patienten
- Schmerz- und Notfallpatienten

Schulkinder mit hohem Kariesrisiko

Die orale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wie in den Niederlanden hat sich deutlich gebessert. Das WHO-Ziel DMFT = 2 ist mit DMFT = 1,7 übertroffen worden. Das heißt nicht, dass es nun nichts mehr zu tun gäbe. Die deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) zeigt zwei Fakten in aller Deutlichkeit:

1. 21,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis 12 Jahre haben 61,2 Prozent aller DMF-Zähne und eine Hochrisikogruppe von nur 7,9 Prozent der Jugendlichen hat mit 29,6 Prozent fast ein Drittel aller erkrankten Zähne.
2. Die Kinder und Jugendlichen dieser Gruppe korrelieren mit spezifischen Sozial- und Verhaltensdaten, es sind unterbetreute Kinder.

Angesichts dieser Polarisation der Karies sehen die Zahnärztekammern Nordrhein, Westfalen-Lippe und der NMT einen nachhaltigen, grenzüberschreitenden Handlungsbedarf. Das Ziel



ihres Projekts besteht darin, dieser Gruppe von Kindern zu helfen, um mit dem Eintritt in die Volljährigkeit und in die Selbstverantwortlichkeit, gleiche orale Gesundheitschancen zu ermöglichen.

Angesichts der Bedeutung der oralen Gesundheit für die allgemeine Gesundheit kommt diesem Projekt ein hoher Stellenwert für die Bürger in der Grenzregion zu. Die Auswahl des Zahnarztes kann natürlich grenzüberschreitend erfolgen.

Durch ihre Aktivitäten und Maßnahmen können die Einrichtungen der Gruppenprophylaxe die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko erfassen. Zur Senkung des Risikos sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Lenkung durch die Einrichtungen der Gruppenprophylaxe an ein grenzüberschreitendes Netzwerk speziell geschulter Praxen
- Sanierungsphase
- Individualprophylaxe
- Rückkehr in die Gruppenprophylaxe

Oralhygiene bei Pflegefällen und immobilen Patienten

Der Unterricht in den Fachseminaren im Fach Körperpflege, worin die Oralhygiene enthalten ist, ist rein theoretisch ausgerichtet, d. h. eine praktische Unterweisung fehlt. Das Ausbildungsproblem besteht somit in der fehlenden praktischen Ausbildung in den Fachseminaren und fehlenden praktischen,

zahnmedizinisch-prophylaktisch fundierten Übungen in den Ausbildungsstationen in Heimen und Krankenhäusern. Dadurch ist ein Defizit in der geforderten Kompetenzentwicklung des Altenpflegeberufes entstanden.

Der theoretische Unterricht in Zahn- und Mundpflege soll in Zusammenarbeit mit den Fachseminaren für Altenpflege durch einen zahnmedizinisch-praktischen und zahnärztlich-prophylaktischen Teil ergänzt werden.

Zwischen den Beteiligten besteht Konsens darüber, dass diese pädagogischen Unterrichtshilfskräfte fortgebildete Mundhygienikerinnen, ZMF oder ZMP sein können. Dazu brauchen sie eine pädagogisch-didaktische Unterweisung in der geriatrischen Zahn- und Mundpflege. Diese sollte aus zwei Teilen bestehen:

Teil I: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden praktisch in die geriatrische Zahnpflege eingewiesen, Fachwissen wird rekapituliert und vertieft.

Teil II: Den Teilnehmern werden anhand ihrer eigenen vorangegangenen Praxis-einweisung die einzelnen methodisch-didaktischen Lehrschritte näher gebracht.

Der Einsatz der so ausgebildeten Kräfte kann grenzüberschreitend nicht nur in Pflegeeinrichtungen, sondern auch bei der Pflege durch Familienangehörige stattfinden. Es ist davon auszugehen, dass sich durch diese Maßnahmen die orale Gesundheit und damit der allge-

meine körperliche Zustand von Pflegepatienten deutlich verbessert werden.

Schmerz- und Notfallpatienten

Die Zahnärztdichte in der Grenzregion Nordrhein-Westfalens tendiert eher zur Überversorgung. In der Grenzregion der Niederlande ist eher das Gegenteil der Fall. Daher kann es im Bereich der Notdienste zu Engpässen kommen. Die Zahnärztekammern Nordrhein, Westfalen-Lippe und der NMT werden zur Verbesserung der Notdienstversorgung die Notdienstbereiche der Grenzregion miteinander vernetzen.

Eine grenzüberschreitende Notdienstkommission wird fortlaufend die gemeinsamen Notdienstpläne ausarbeiten und überwachen. Für die Bevölkerung beiderseits der Grenze bedeutet dies eine deutliche Verbesserung in Nähe und Erreichbarkeit von zahnmedizinischen Notdiensten sowie geringere Wartezeiten.

Es kann fest damit gerechnet werden, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nachhaltig sein werden, da sie schon während der vorgesehen Laufzeit Eigendynamik entwickeln und von den beteiligten Organisationen weiter getragen werden.

Das Euregio-Projekt der Zahnärztekammern Nordrhein, Westfalen-Lippe und der NMT wurde vom Forum Gesundheit der Euregio Rhein-Waal befürwortet und von den zuständigen Stellen der Bezirksregierungen sowie den niederländischen Provinzen genehmigt. Damit verfügt das Projekt über eine nennenswerte finanzielle Förderung aus dem Interreg-Programm.

Dr. Rüdiger Butz

BF

Bock und Frangenberg
PraxisPlan GmbH

Planung, Abwicklung u. Einrichtung von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und OP - Räumen.

BF PraxisPlan GmbH
Obertor 12
40878 Ratingen

Telefon: +49 (0) 21 02 - 71 11 12
Telefax: +49 (0) 21 02 - 71 11 13
e-mail: bf.praxisplan@cityweb.de

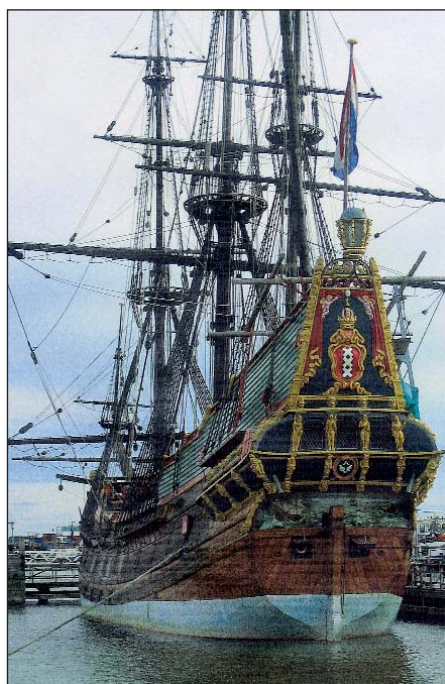
www.praxisplan.de

RZB-Interview mit Dr. Laurent Zeegers (NVSST)

Reformfreudige Holländer

Anlässlich der Versammlung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz im **Freien Verband Deutscher Zahnärzte** in Mainz am 20. Mai 2006 referierte der Präsident des **Niederländischen Vereins für Studien der Sozialen Zahnheilkunde (NVSST) Dr. Laurent Zeegers** über die „Vor- und Nachteile des niederländischen Gesundheitssystems“.

Dr. Zeegers ist den Lesern des RZB aus zahlreichen Artikeln als Vizepräsident des niederländischen Zahnärzterverbandes NMT bekannt. Er war und ist als zahnärztlicher Vertreter maßgeblich beteiligt am Liberalisierungsprozess im Gesundheitswesen der Niederlande. Zusammen mit den Vertretern der Versicherungswirtschaft gelang es den Zahnärzten der NMT, die Politiker davon zu überzeugen, dass eine Deregulierung im Gesundheitswesen zur Lösung der Kostenproblematik absolut notwendig ist. Als Grundgedanken für eine Neuordnung des Systems spielten vor allem Kostenbewusstsein, Qualitätsaspekte und Forderungen nach mehr Gerechtigkeit eine bedeutsame Rolle. Mittlerweile gibt es gesellschaftspolitisch einen breiten Konsens, dass das Gesundheitswesen europatauglich und zukunftssicher sein muss.



Auf dem Bild der Nachbau der Batavia als „Fliegender Holländer“.

Nach der Reform der zahnärztlichen Versorgung im Jahre 1995 mit Einführung der Kostenerstattung wurde zu Beginn des Jahres 2006 die Pflichtversicherung nach deutschem Vorbild, der **Zielfonds**, in eine allgemeine **Pflicht zur Versicherung** mit einer Basisversicherung für alle umgewandelt. Seit die niederländischen Zahnärzte, mit Ausnahme der Sektoren Kinder, Jugendliche und Behinderte, nicht mehr unter Budgetbedingungen arbeiten müssen, wurden die Tarife jährlich entsprechend der Kostenstruktur in den zahnärztlichen Praxen durch eine staatliche Tarifkommission angepasst – im Jahre 2002 z. B. um 12,5 Prozent.

Im liberalen Holland ist es der Regierung egal, wofür die Leute ihr Geld ausgeben – für Autos, Reisen oder Zahnersatz.

Zur aktuellen Situation sprach das RZB mit Dr. Laurent Zeegers. Die Fragen stellte **Dr. Kurt J. Gerritz**.

■ **RZB:** Herr Kollege Zeegers, die NMT als niederländischer Zahnärzterverband und beruflicher Interessenvertreter ist bekannt. Welche Funktion hat der „Niederländische Verein für Studien der Sozialen Zahnheilkunde“ (NVSST)?

Dr. Zeegers: Die NVSST hat zirka 500 Mitglieder und befasst sich mit Problemstellungen in der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung und erarbeitet Lösungsvorschläge. Wir beleuchten die Situation aus Sicht der Patienten, der Versicherer und nicht nur aus dem fachlichen Blickwinkel.

■ **RZB:** Zweimal im Jahr finden regelmäßige Gespräche mit Regierungsvertretern statt, denen Sie Ihre Lösungsvorschläge unterbreiten.

Dr. Zeegers: Bei diesen Konsultationen gibt es am Vormittag drei oder vier Referenten, nachmittags findet eine ausführliche Diskussion statt, wobei versucht wird, das Problem einer Lösung zuzuführen.

■ **RZB:** Werden Ihre Bemühungen von der Politik honoriert? Nimmt z. B. der niederländische Gesundheitsminister Hans Hoogervorst an dieser Gesprächsrunde teil?



Dr. Laurent Zeegers (NVSST)

Dr. Zeegers: Unser liberaler Gesundheitsminister hat schon mal teilgenommen. Meistens schickt er seinen Staatssekretär und andere Ministeriale. Unter den Teilnehmern finden sich auch Politiker der anderen Parteien. Wir werden von der Politik ernst genommen.

■ **RZB:** Welches konkrete Thema liegt im Moment an?

Dr. Zeegers: Bei dem letzten Zusammentreffen vor wenigen Tagen ging es um die zahnärztliche Versorgung von älteren Menschen. Hier handelt es sich um ein Thema, das uns permanent beschäftigt, vor allem, wenn die Senioren in Heimen untergebracht sind.

■ **RZB:** Seit dem 1. Januar 2006 ist der Zielfonds als Pflichtversicherung durch eine Pflicht zur Versicherung mit einer Basisversicherung für alle abgelöst worden. Wie ist die Akzeptanz in der Bevölkerung?

Dr. Zeegers: Die große Wende war, dass man den Menschen mit der Reform breite Wahlmöglichkeiten und zusätzliche Freiheiten angeboten hat. Hatte man im Vorfeld angenommen, dass nur fünf Prozent der Bevölkerung die Versicherung wechseln würden, so haben schon in den ersten Monaten 25 Prozent den Versicherer gewechselt. So hat eine Versicherung fast die Hälfte ihrer Kunden verloren. Sie ist dadurch in eine große Finanzkrise geraten.

■ **RZB:** Der Katalog in der Basisversicherung ist doch fast gleich. Was veranlasst die Menschen, die Versicherung zu wechseln?

Dr. Zeegers: Für viele ist die Nominalprämie bei der Wahl sehr wichtig. Die

Höhe der jährlichen Prämie liegt zwischen 890 und 1150 Euro. Der zweite Grund ist die Höhe der Zuschüsse bei einzelnen Leistungsarten.

■ **RZB:** *Wie kommen die unterschiedlichen Jahresprämien zustande?*

Dr. Zeegers: Die resultieren aus dem harten Wettbewerb zwischen den Versicherern. Aber auch daraus, dass Betriebe kollektive Kontrakte für ihre Mitarbeiter schließen. Das führt zu Reduktionen bei den Prämien um fast 100 Euro.

■ **RZB:** *Gibt es einen Bonus, wenn man die Krankenversicherung nicht in Anspruch nimmt?*

Dr. Zeegers: Wer in dem Jahr die Krankenkasse nicht in Anspruch nimmt, bekommt 250 Euro Rückerstattung.

■ **RZB:** *Was ist mit den Menschen, die die Kosten für die Prämie nicht aufbringen können? Wie viele Menschen sind bedürftig?*

Dr. Zeegers: Für diesen Personenkreis gibt es staatliche Transferleistungen aus Steuermitteln (Zorgtoeslag). Dieser Zuschuss liegt bei durchschnittlich 400 Euro jährlich. Ungefähr sechs Millionen Menschen bekommen staatliche Hilfe.

■ **RZB:** *Was ist mit dem Arbeitgeberanteil?*

Dr. Zeegers: Der Arbeitgeberanteil von 6,5 Prozent des Gehalts bis zu einer jährlichen Einkommensgrenze von rund 32 500 Euro wird den Arbeitnehmern ausgezahlt. So hat man wenigstens ansatzweise Gesundheitsbeiträge von den Arbeitskosten entkoppelt.

■ **RZB:** *Was ist für Sie der größte Vorteil des neuen Systems?*

Dr. Zeegers: Wie schon gesagt, den Versicherten wurden mehr Wahlrechte eingeräumt. Sie können zwischen Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung wählen. Auch durch die Selbstbehalte ist ein steuerndes Element gegeben.

■ **RZB:** *Und was sind die Nachteile?*

Dr. Zeegers: Die Belastungen durch die demografische Veränderung der Bevölkerung müssen aus Steuergeldern finanziert werden. Das könnte zu Verteilungskonflikten führen. Das Fehlen der Kapitaldeckung ist die größte Schwachstelle im System. Es überwiegen bei der Reform 2006 aber die vielen positiven Elemente.

■ **RZB:** *Die niederländische Regierung schreibt einen Katalog von Grundleis-*

tungen vor. Zahnbehandlungen und RehaMaßnahmen sind nicht im Leistungskatalog enthalten. Physiotherapeutische Behandlungen bis zur zehnten Sitzung sind vom Patienten selbst zu finanzieren. Erkrankungen, deren Behandlung im Krankenhaus länger als ein Jahr dauern, werden nicht von der Krankenversicherung getragen. Die Entwicklung zu mehr privaten Zusatzversicherungspaketen ist ein Teil der Reform.

Dr. Zeegers: Das Krankenversicherungssystem 2006 beinhaltet drei Abteilungen. Care, Cure und Übrige. Zum letzteren gehören die freiwilligen privaten Zusatzversicherungen. Zahnmedizinische Behandlungen sind gut zusätzlich versicherbar. Die Versicherer sind, was die zahnärztlichen Zusatzversicherungen anbetrifft, sehr kulant. Da gibt es kaum Schwierigkeiten.

■ **RZB:** *Und was ist mit der Zufriedenheit der Patienten?*

Dr. Zeegers: Da gibt es eine aktuelle Untersuchung: 57,8 Prozent sind sehr zufrieden mit der zahnmedizinischen Behandlung, 39,2 zufrieden und nur drei Prozent unzufrieden.

■ **RZB:** *Es wurde in Deutschland von einigen SPD-Politikern behauptet, dass nach Einführung der Kostenerstattung*

die Patienten in den Zahnarztpraxen ausbleiben.

Dr. Zeegers: Das ist nicht zutreffend. Bis 1994 war der Patient verpflichtet, zweimal pro Jahr zum Zahnarzt zu gehen. Nach der Liberalisierung im Jahr 1995 sind die Patienten auch weiterhin in die Praxen gekommen, im statistischen Durchschnitt ungefähr 1,5 mal pro Jahr. In manchen Regionen gibt es immer noch einen Zahnarztmangel. Da sagen wir den Patienten mit gut gepflegten Gebissen, dass auch eine Kontrolle pro Jahr ausreicht.

■ **RZB:** *Gibt es Zahlen, wie viele Erwachsene eine freiwillige Zusatzversicherung für die Zahnmedizin abgeschlossen haben?*

Dr. Zeegers: Bei den Kassenpatienten waren es zum Jahresende 2005 84,6 Prozent und bei den Privatpatienten 75 Prozent.

■ **RZB:** *Wie ist die Preisentwicklung bei den Zusatzversicherungen?*

Dr. Zeegers: 1995 lag die durchschnittliche Monatsprämie bei 6,78 Euro, im Jahre 2000 bei 8,58 Euro und Ende 2005 bei 12,59 Euro.

■ **RZB:** *Welchen Anspruch hat der Zusatzversicherte Patient?*

Dr. Zeegers: Versichert sind Vorsorgeuntersuchungen, Röntgenbilder, Zahnsteinentfernen, Füllungen, Extraktionen, Kronen, Brücken, Endo, Parodontologie, Implantologie. In der Regel erstatten die Versicherungen 75 Prozent des Rechnungsbetrages bis zu einem Maximum. Dieser Maximalbetrag pro Jahr und pro Patient liegt je nach Prämiengestaltung zwischen 450 bis 2000 Euro.

■ **RZB:** *Die NMT hat zu Beginn des Jahres eine spezielle Zahnarzt-Versicherung („Tandarts Ster Verzekering“) auf den Markt gebracht. Hier gibt es drei Varianten mit einer unterschiedlichen Monatsprämie von 9,95 Euro (3 Sterne), 14,95 Euro (4 Sterne) und 17,95 Euro (5 Sterne). Liegen schon Ergebnisse vor?*

Dr. Zeegers: Für ein Zwischenergebnis braucht man längere Zeiträume. Wir haben diese Versicherungstarife gemacht, um Druck auf den Markt auszuüben, aber auch um Qualitätsregister aufzubauen und für die Kostenerstattung zu werben.

■ **RZB:** *Sie haben eben von einer hohen Patientenzufriedenheit berichtet, sind denn die Zahnärzte in den Niederlanden mit der Politik und der Standesvertretung durch die NMT zufrieden?*

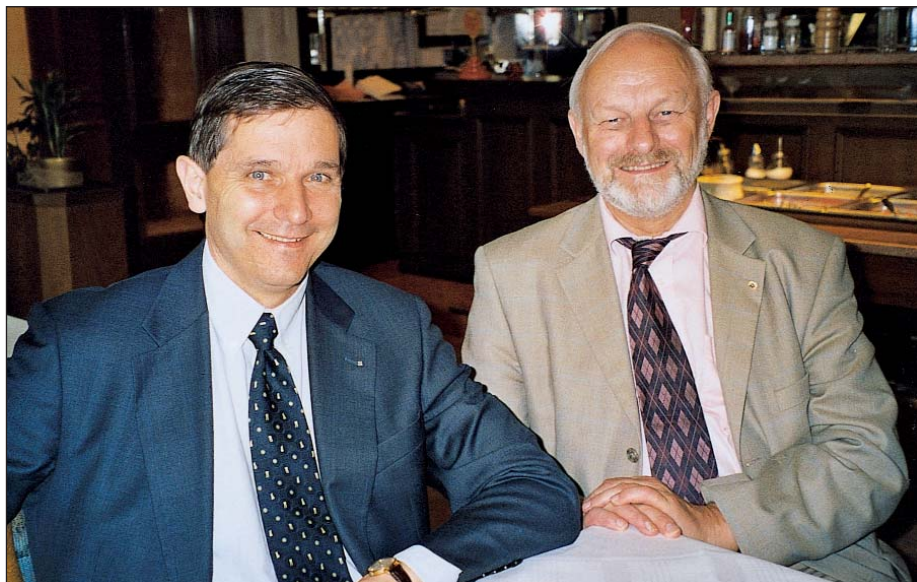
ZITAT



„Die Tatsache, dass ich noch lebend vor Ihnen sitze, beweist doch, dass die Umsetzung ganz gut verlaufen ist.“

Hans Hoogervorst,
niederländischer Gesundheitsminister
über seine Erfahrungen mit dem
neuen Krankenversicherungsgesetz.

Welt am Sonntag, 21. 5. 2006



Dr. Laurent Zeegers und Dr. Kurt J. Gerritz.

Fotos: R. Gerritz

Dr. Zeegers: Ich denke schon. Bei uns gibt es keine Zahnärztekammer oder eine KZV mit einer Pflichtmitgliedschaft. Bei der aktuellen Reform haben die Kassen ihren Körperschaftsstatus verloren. Über 80 Prozent der niederländischen Zahnärzte sind freiwilliges Mitglied bei der NMT.

Bei uns ist auch nicht alles Gold, was glänzt. Wir sind froh, dass wir durch die Liberalisierung seit 1995 weitgehend den zerstörerischen und leistungsschädlichen Budgets entkommen sind. Auch hat sich die Qualität der Behandlung durch die Reform entscheidend verbessert.

■ **RZB:** Der SPD-Politiker Schmidbauer hat einmal behauptet, dass seit der 95er-Reform die Menschen mit totalen Prothesen in Holland zugenommen haben.

Dr. Zeegers: Auch diese Behauptung ist falsch. Die Zahl der Menschen mit totalen Prothesen hat sich in den letzten

Jahren drastisch verringert. Wurden 1994 noch fast 100 000 pro Jahr mit einer totalen Prothese versorgt, so sind es aktuell nicht mehr als 6 000 jährlich. Wir wissen das insofern so genau, als die Totalprothesen zu den wenigen Leistungen gehören, die auch weiterhin solidarisch finanziert werden.

■ **RZB:** In den Niederlanden darf der Zahntechniker totale Prothesen anfertigen und eingliedern. Hat sich die Zahl der „Prothetiker“ verändert? Vor Jahren waren es etwa 200.

Dr. Zeegers: Mittlerweile ist die Zahl auf ungefähr 500 angestiegen.

■ **RZB:** Macht Ihnen diese Zahl keine Angst, zumal jetzt auch noch die Mundhygienisten selbstständig Patienten behandeln dürfen?

Dr. Zeegers: In diesem Jahr wurden die ersten 300 „Mundhygienisten“ nach vierjähriger Ausbildung fertig. Das sind in der Regel Frauen, von denen die ers-

te, Monique Stokman, bereits promoviert wurde. Die Damen treten sehr selbstbewusst auf. Wir haben jetzt mehr Spieler auf dem Markt. In zehn Jahren kann das durchaus ein Problem sein, zumal die Versicherer bei Totalprothesen bevorzugt mit den „Denturisten“ Verträge abschließen und die Mundhygienisten dem Zahnarzt manche Arbeiten in der Primärprophylaxe – dazu gehören auch kleinere Füllungen – abnehmen. Noch ist die Zahnärztdichte im Vergleich zu Deutschland mit ungefähr 2 500 Einwohnern auf einen Zahnarzt sehr niedrig, im Südwesten und Osten des Landes kommt ein Zahnarzt oft auf 4 000 Einwohner. Die drei Universitäten entlassen pro Jahr ungefähr 200 Zahnärztinnen und Zahnärzte. Aus Altersgründen scheiden aber 300 Zahnärzte aus.

■ **RZB:** Wie überbrücken Sie den Mangel?

Dr. Zeegers: Es lassen sich zunehmend Zahnärzte aus den neuen EU-Staaten, aber auch aus Südafrika nieder. Mittlerweile gründen 300 ausländische Zahnärzte pro Jahr eine Praxis in den Niederlanden.

■ **RZB:** Wie viele Deutsche haben sich seit der Liberalisierung im Jahre 1995 in Holland niedergelassen?

Dr. Zeegers: Ungefähr 80. Und ungefähr zwei Drittel der 800 niederländischen Zahnärzte, die in Deutschland niedergelassen waren, sind wieder zurückgekehrt.

■ **RZB:** Das sagt eine Menge über das deutsche System, von dem sich die Niederländer mit der Reform zum 1. Januar 2006 endgültig losgesagt haben, aus.

Vielen Dank Herr Kollege Zeegers für den ausführlichen Bericht über die Situation in unserem Nachbarland.

Service der KZV

Kostenlose Patientenbestellzettel

Aus logistischen Gründen und um die hohen Portokosten zu senken, werden die Patientenbestellzettel nicht mehr in regelmäßigen Abständen an alle Praxen versandt. Statt dessen können sie bei den zuständigen Verwaltungsstellen und der KZV in Düsseldorf

Telefon 02 11 / 9 68 40

angefordert bzw. abgeholt werden, wenn möglich, bitte in einer Sammelbestellung gemeinsam mit weiteren Formularen oder anderem Material. Bitte bedenken Sie, dass mehrere kleine Bestellungen deutlich höhere Portokosten und einen höheren Arbeitsaufwand verursachen als eine umfangreiche Sammelbestellung.

Ausschuss für Öffentlichkeitsarbeit



Praxisabgabe-/ Praxisübernahmeseminar

Seminar für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte, Praxisinhaber

Termin: Freitag, 29. September 2006
Samstag, 30. September 2006
jeweils 9.00 bis 18.00 Uhr

Veranstaltungsort: Dorint Novotel
Düsseldorf City-West
Niederkasseler Lohweg 179
40547 Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06393 (B)

Teilnehmergebühr: 190,00 €

Anmeldung:

nur **schriftlich** bei der Zahnärztekammer Nordrhein,
Frau Lehnert
lehnert@zaek-nr.de
Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf
Tel. 02 11 / 5 26 05 39, Fax: 02 11 / 5 26 05 21

Programm

1. Rechtsproblematik bei der Abgabe bzw. Übernahme einer Zahnarztpraxis
2. Praxisabgabe-/Praxisübernahmevertrag
3. Mietvertrag
4. Steuerliche Aspekte der Vertragspartner
5. Formale Voraussetzungen für die Zulassung als Kassenarzt
6. Praxismgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
7. Praxiswertermittlung

Seminarleitung: Dr. Peter Minderjahn

Die Seminargebühr beinhaltet neben der Teilnahme den Verzehr (zwei Mittagessen inkl. einem Kaltgetränk, Pausenkaffee, Konferenzgetränke) sowie die Seminarunterlagen. Die Reservierung gilt als verbindlich, wenn die Kursgebühr durch Überweisung auf das Konto Nr. 0 001 635 921, BLZ 300 606 01, bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG., Düsseldorf, beglichen wurde. Wegen der Begrenzung der Teilnehmerzahl erfolgt eine Berücksichtigung nach der Reihenfolge der Anmeldung.

Teilnehmer, die nicht dem Kammerbereich Nordrhein angehören, werden gebeten, bei Kursbeginn ihren Kammerausweis vorzulegen.

Es gelten die Anmeldebedingungen (AGB) der Zahnärztekammer Nordrhein.

Intensiv-Abrechnungsseminar

Seminar für Assistentinnen, Assistenten und neu niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte

Termin: Freitag, 8. Dezember 2006
Samstag, 9. Dezember 2006
jeweils 9.00 bis 19.00 Uhr

Veranstaltungsort: Dorint Novotel
Düsseldorf City-West
Niederkasseler Lohweg 179
40547 Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06394 (B)

Teilnehmergebühr: € 190,00

Anmeldung:

nur **schriftlich** bei der Zahnärztekammer Nordrhein,
Frau Lehnert, lehnert@zaek-nr.de
Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf
Tel. 02 11 / 5 26 05 39, Fax 02 11 / 5 26 05 21

Programm

1. Konservierend-chirurgische BEMA-Positionen
2. Zahnersatzplanung und Abrechnung
inkl. befundorientierter Festzuschüsse
3. Die Abrechnung prophylaktischer Leistungen
4. Gehört das erarbeitete Honorar dem Zahnarzt
wirklich? Budget und HVM
5. Abrechnungsmodalitäten bei implantologischen
Leistungen
6. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Stichprobe
7. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
Formvorschriften und Interpretationen
der Zahnärztekammer Nordrhein
Private Vereinbarungen bei Kassenpatienten
8. Systematische Behandlung von Parodontopathien
unter besonderer Berücksichtigung der vertrags-
zahnärztlichen Abrechnung

Seminarleitung: Dr. Peter Minderjahn

Die Seminargebühr beinhaltet neben der Teilnahme den Verzehr (zwei Mittagessen inkl. einem Kaltgetränk, Pausenkaffee, Konferenzgetränke) sowie die Seminarunterlagen. Die Reservierung gilt als verbindlich, wenn die Kursgebühr durch Überweisung auf das Konto Nr. 0 001 635 921, BLZ 300 606 01, bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG., Düsseldorf, beglichen wurde. Wegen der Begrenzung der Teilnehmerzahl erfolgt eine Berücksichtigung nach der Reihenfolge der Anmeldung.

Teilnehmer, die nicht dem Kammerbereich Nordrhein angehören, werden gebeten, bei Kursbeginn ihren Kammerausweis vorzulegen.

Es gelten die Anmeldebedingungen (AGB) der Zahnärztekammer Nordrhein.

Praxisärzte demonstrieren weiter

Steter Protest-Tropfen nicht ohne Risiko

Mehrere tausend Ärzte und Angehörige von Gesundheitsberufen demonstrierten am 19. Mai 2006 beim 3. Nationalen Protesttag der niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Arzthelferinnen mit einem Protestzug in Köln gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Zu Großveranstaltungen in Berlin und Stuttgart kamen gleichzeitig etwa 40 000 Mediziner. Streiten lässt sich allerdings darüber, ob und wie weit die bundesweiten Aktionen Wirkung zeigen. Durch den Gewöhnungseffekt und die für Patienten unbequemen Praxisschließungen könnten sie sich auf Dauer gar als Schuss nach hinten erweisen.

Bislang haben Patienten und Bevölkerung mit nur ganz wenigen Ausnahmen mit Verständnis, ja Zustimmung auf die Proteste der Krankenhausärzte und der freiberuflich in Praxen tätigen Ärzte reagiert. „55 000 Ärzte protestieren für mehr Geld“, diese Überschrift im Bericht des Kölner Stadtanzeigers über die Demonstrationen der Ärzte am 19. Mai ist zumindest ein Hinweis darauf, dass die Stimmung von Bevölkerung und Medien auf die Dauer umschlagen könnte. Dann könnten sich weitere Proteste als Eigentor erweisen. Da braucht man nicht einmal so weit zu gehen, wie eine Medizinerin, die einige Tage (29. Mai) später ebenfalls in der Kölner Tageszeitung in einem Leserbrief kommentierte: „Ich rate meinen Kolleginnen und Kollegen, nicht zu lange zu streiken, sonst merken die Patienten, man wird auch ohne Arzt wieder gesund – meistens.“ Wenn angestellte und selbständige Mediziner zeitgleich demonstrieren, trägt das neben Synergieeffekten auch zur Vermischung der ganz unterschiedlichen Ziele beider Gruppen bei, die in der Öffentlichkeit nicht unbe-

dingt differenziert betrachtet werden.

Kreative Demonstranten

An der Spitze des Kölner Protestzugs trugen Ärzte eine meterlange Wäscheleine, an der Formulare und Vordrucke befestigt waren. Auf phantasievollen Plakaten zeigten sie ihren Unmut: „Tausche Schmidt gegen Podolski“ oder „Malus habe ich schon, Bonus will ich nicht. Wer schützt uns vor der Politik?“ Immer wieder forderten Mediziner in Sprechchören „Demokratie statt Bürokratie“. Manche signalisierten ihre Kampfbereitschaft in Anlehnung an einen alten Schlachtruf der Arbeiterbewegung: „Alle Spritzen stehen still, wenn Dein starker Arm es will.“

Die niedergelassenen Ärzte machten nochmals deutlich, dass die Politik die Interessen der Ärzte und ihrer Patienten missachtet und mit Quersubventionierungen aus den Töpfen der kassenärztlichen Vereinigung zur Sanierung der Sozialversicherung „wie auf dem Verschiebebahnhof“ verfährt. Die negativen Folgen für die Patienten stellte unter anderem Angelika Haus, Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein, heraus. Sie beschrieb die Erfahrungen vieler Kollegen und forderte bei der Pressekonferenz die Rücknahme des Bonus-Malus-Systems: „Ärzte werden finanziell bestraft, wenn

sie ihren Patienten neu entwickelte, bessere Medikamente und die notwendige Heilbehandlung zukommen lassen.“ Die Politik nutze dieses „unethische“ System, um das Vertrauensverhältnis von Ärzten und Patienten zu zerstören und „Ärzte und Patienten gegeneinander aufzuhetzen. Das Gesetz sät Misstrauen; doch ich denke, das ist gewollt!“

Skeptische Ärztevertreter

Nach Angaben von Ärzteverbänden waren in Nordrhein-Westfalen am 19. Mai 50 Prozent der Praxen geschlossen, auf dem Land sogar bis zu 90 Prozent. Die Wirkung der Proteste auf die Entscheidungsträger in der Politik sollte man dennoch nicht überschätzen. Mit gutem Grund klagte Haus bei der Pressekonferenz in Deutz: „Ich muss gestehen, dass mich die letzten Kontakte mit der SPD, aber auch mit der CDU frustriert haben. Die Ausschussmitglieder (des Bundestagsausschusses für Gesundheit; *die Red.*) sind weit weg von den Nöten der Praxen und Patienten.“ Hans-Peter Meuser, 1. Vizepräsident der Freien Ärzteschaft, resümierte in seiner Rede vor den Demonstranten später ähnlich skeptisch: „Mancher fragt sich, was haben sechs Monate Demonstration bewirkt? Haben diese Demonstra-



An der Spitze des Kölner Protestzugs trugen Ärzte eine meterlange Wäscheleine, an der Formulare und Vordrucke befestigt waren.

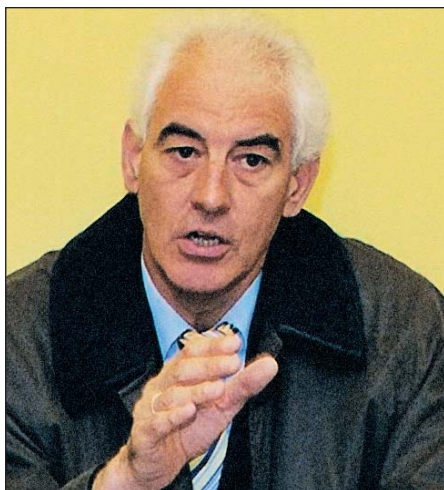
Fotos: Neddermeyer



Der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe warnte in Berlin die Bundesregierung vor der „Illusion“, dass die Ärzte weiter bereit seien, das Gesundheitssystem durch kostenlose Arbeit im Wert von Millionen von Euro zu subventionieren.

tionen überhaupt Sinn? Denn die Politik scheint nicht zu reagieren. Es ist nicht erkennbar, dass die große Koalition eine wirklich ehrliche Bestandsaufnahme des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung will, die Tatsachen zur Kenntnis nehmen und sie einer ehrlichen Lösung zuführen will. Es bedarf einiger Beharrlichkeit, um hier zu einem Erfolg zu kommen.“

Am 19. Mai marschierten mehrere tausend Ärzte von Deutz durch die Kölner Altstadt bis auf den Roncalliplatz am Dom. Bundesweit gingen in Berlin, Stuttgart und Köln sogar etwa 50 000 Heilberufler auf die Straße. Das hinder-



Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein: „Die Öffentlichkeit muss wissen: Es wird für uns immer schwieriger, eine Patientenversorgung nach den ethischen Grundüberzeugungen unseres Berufes überhaupt noch durchzuhalten. Wir Ärzte können Honorarverfall, Regressdrohungen und Bürokratiewahnsinn einfach nicht mehr ertragen.“

te SPD-Fraktionschef Peter Struck nicht daran, noch an dem auf die Demonstrationen folgenden Sonntag in der Bildzeitung (21. Mai) kräftige Einsparungen bei Ärzten, Apothekern und Arzneimittelherstellern anzukündigen. Ganz so, als ob er die Aktionen vom 19. Mai überhaupt nicht wahrgenommen hätte, sagte Struck, er rechne mit einem Proteststurm der Lobbyisten von Ärzten, Apothekern und Pharmaindustrie, „weil wir gewachsene Besitzstände und Pfründe angreifen werden“.

Wenig beeindruckte Politiker

Äußerungen wie diese sind Teil der Richtungskämpfe in der Großen Koalition und zugleich Trostpflaster für die Wählerschaft der SPD. Allenfalls in den Auseinandersetzungen zwischen CDU, CSU und SPD um Details der nächsten Gesundheitsreform könnte es dann auch Chancen für die Ärzteschaft geben, mit Praxisschließungen und Kundgebungen als Zünglein an der Waage zu wirken. Manche Forderungen der Ärzte werden jedoch von der Politik bereits jetzt geschickt passend zu eigenen Ideen uminterpretiert. Bei der uninformierten breiten Öffentlichkeit soll damit der Eindruck vermittelt werden, die Ärzte würden mit ihren Protesten zum Teil offene Türen einrennen. So betont Ministerin Schmidt immer wieder, das derzeit geltende Bezahlungssystem für die Praxisärzte müsse „endlich“ geändert werden. Statt in einem komplizierten Verfahren nach Punkten sollen ärztliche Leistungen künftig nach festen Preisen bezahlt werden. Das sei ein zentraler Punkt der geplanten Gesundheitsreform. Erst im Nachsatz der Ministerin zeigt sich die Kehrseite der Medaille: Budgets und Honorarverteilungssysteme werden beibehalten, denn ohne eine Begrenzung drohe der finanzielle Kollaps der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Vertreter der verschiedenen Heilberufe und der Patienten machten bei ihren Ansprachen am 19. Mai nochmals deutlich, wie sehr sie eine über kurzfristige Einsparungen hinausgehende Perspektive vermissen. So sagte der Hausarzt und Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein Dr. Arnold Schüller: „Die Öffentlichkeit muss wissen: Es wird für uns immer schwieriger, eine Patientenversorgung nach den ethischen Grundüberzeugungen unseres Berufes überhaupt noch durchzuhalten. Wir Ärzte müssen dafür sorgen, dass die Men-



Angelika Haus, Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein: „Wir gehen an gegen den großen Trend: die Verstaatlichung des Gesundheitswesens.“

schen auch in 20 Jahren noch vernünftig versorgt werden und wir nicht in mittelalterliche Zustände zurückfallen. Das ist natürlich nicht billig.“ Dr. Martin Junker, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes Westfalen-Lippe, forderte eine Finanzierung des Gesundheitssystems mit mehr Eigenbeteiligung, Wettbewerb und privater Vorsorge. Nur allergrößte Optimisten mögen aber noch die Hoffnung aufrechterhalten, dass Politiker mit ihrer auf Wahlperioden beschränkten Perspektive bei der nächsten Gesundheitsreform mehr leisten werden als nur kurzfristig an Symptomen „herumzudoktern“.

Dr. Uwe Neddermeyer



Hans-Peter Meuser, 1. Vizepräsident der Freien Ärzteschaft: „Allen Beteuerungen von Angela Merkel, ‚mehr Freiheit wagen‘ zum Trotz, wird die ärztliche Freiberuflichkeit weiter eingengt, werden die Praxen weiter systematisch ausgehungert, die Qualität und Leistungsfähigkeit unserer Praxen zerstört, werden die haus- und fachärztlichen Kollegen demotiviert und wird Gift in das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis getragen. Es geht weiter in Richtung Staatsmedizin.“

FVDZ/ZA: Golf-Turnier im Golf Club Haan-Düsseltal

Schottisches Wetter – Gute Stimmung

Frei nach dem Motto „Vom Winde verweht“ trafen sich bei Böen mit einer Windstärke bis zu Fünf 72 golf-begeisterte Kolleginnen und Kollegen sowie Freunde am 19. Mai 2006 im Golf Club Haan-Düsseltal vor den Toren der Landeshauptstadt zum ersten Golfturnier des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte Nordrhein und der Zahnärztlichen Abrechnungsgenossenschaft ZA.

Stürmischer Wind, strömender Regen und schottische Dudelsackmusik zur Begrüßung an Abschlag eins, die Dr. Peter Paul Grzonka von den Rhine Area Drums and Pipes beisteuerte, so mancher Teilnehmer fühlte sich in die schottischen Highlands versetzt. Der Stimmung der Golfer tat dies jedoch keinen Abbruch, im Gegenteil, alle Spieler auf dem hervorragend hergerichteten Par 72 Platz, die die Runde beendet hatten, fühlten sich als Sieger und durften sich auch als Sieger fühlen. Deshalb an dieser Stelle ein großer Dank an den ausrichtenden Golf Club Haan-Düsseltal.

„Highlander“
Dr. Peter Paul Grzonka
von den Rhine Area Drums
and Pipes umrahmt von
Dr. Susanne Woitzik und
Silvia Rosenblatt
von der ZA.

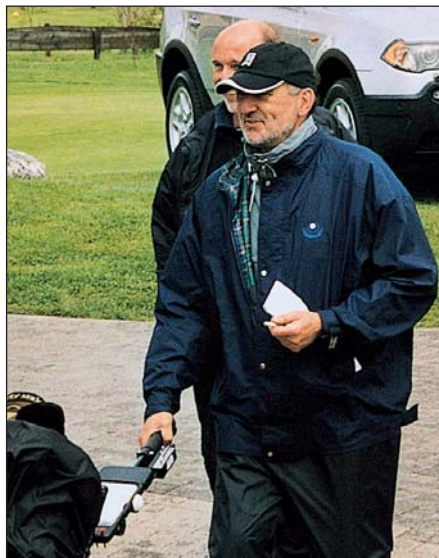
Beim abschließenden exzellenten bayrischen Buffet konnten dann die Kohlehydratspeicher der Spieler wieder aufgefüllt werden und wurde so manche Geschichte erzählt, wie man dem Wetter getrotzt hatte. Dies alles wäre nicht möglich gewesen, hätten die Organisatoren Dr. Dirk Erdmann und Dr. Ralf Hausweiler nicht die Unterstützung von zahlreichen Freunden und Helfern gehabt. Vor allem der Freie Verband deutscher Zahnärzte Nordrhein und die ZA (Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft), die die Zahnärzte wie immer, ob bei Fortbildungen, Informationsveranstaltungen etc. großzügig unterstützt hat, sind hier zu nennen. Weitere Unterstützung erhielt das Turnier vom Private-Banking der Commerzbank Düsseldorf, dem BMW-Autohaus Hans Brandenburg sowie der Reiseveranstaltungs-firma Open Golf-Club: Maud Girault-Dahm stellte exquisite Golfreisen nach Frankreich als Turnierpreise zur Verfügung.

Am Ende war bei vielen Teilnehmern und den Sponsoren nur noch eine Frage offen, wie lautet der Termin für das nächste Jahr? Dass bei all dem auch noch teilweise hervorragendes Golf gespielt wurde, war umso schöner.

Dr. Ralf Hausweiler



Sabine Hausweiler versucht es mit Maskottchen gegen schlechtes Wetter – leider ohne großen Erfolg.



Sturmerprobt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte ja auch sonst: Dr. Harald Krug auf dem Weg zum ersten Abschlag.



Organisator Dr. Dirk Erdmann beglückwünscht den Sieger (Netto HCP Pro bis 23,0) Dr. Manfred Albrecht.





Gute sportliche Leistung:
Dr. Christoph Hassink wurde stolzer Dritter
(Netto HCP von 23,1 bis 54).



Peter Krappitz von der ZA, Organisator Dr. Ralf Hausweiler und Dr. Peter Paul Grzonka genießen das bayerische Buffet und so manche Geschichte, wie man dem Wetter getrotzt hatte.

Fotos: Brauer-Sasserath

Ergebnisse:

Netto HCP Pro bis 23,0

1. Dr. Manfred Albrecht
2. Helmut Stinshoff
3. Dr. Jürgen Köther

Netto HCP von 23,1 bis 54

1. Dr. Franz Rubbert
2. Dr. Karsten Foltin
3. Dr. Christoph Hassink

Brutto HCP Pro bis 36,0

1. Dr. Felix Rubbert
2. Dr. Björn Hakansson
3. Dr. Ulrich Stammen

FÜR SIE GELESEN

Rotwein ist gut für das Zahnfleisch



Genießer lassen einen guten Schluck Rotwein gerne etwas länger im Mund, um den Geschmack voll auszukosten. Gut so, sagen Forscher der Laval-Universität im kanadischen Quebec, denn die im Wein enthaltenen Pflanzenwirkstoffe, Polyphenole genannt, sind offenbar heilsam bei Zahnfleischentzündungen. Besonders die so genannten antioxidativen Effekte der Inhaltsstoffe, die auch als Phytamine bezeichnet werden, sind stark ausgeprägt. Die kanadischen Wissenschaftler untersuchten diese antientzündlichen Eigenschaften an Zellkulturen. Bestandteile von Bakterien, die Zahnfleischentzündungen auslösen, bilden freie Radikale, die ih-

rerseits das Mundgewebe schädigen. Wurden nun die Zellen mit Polyphenolen aus Rotweinextrakt vorbehandelt, reduzierte sich die Anzahl der freien Radikale deutlich.

Eine Spülung mit vergorenem Traubensaft könnte somit aufgrund der antioxidativen Wirkung Entzündungen vorbeugen und heilen, meinen die Wissenschaftler. Rotwein sei dabei am effektivsten, da hier, anders als beim Weißwein, die polyphenolreichen Traubenschalen mit vergoren werden. Dadurch können die wertvollen Pflanzenwirkstoffe in den Wein übergehen.

IME-Pressedienst, Juni 2006

Mehr Wurzelbehandlungen bei Rauchern

Eine Wurzelbehandlung beim Zahnarzt gehört eher zu den unangenehmen Erfahrungen. Bei Rauchern wird sie zu rund 70 Prozent häufiger fällig als bei Nichtrauchern, hat eine amerikanische Zahnmedizinerin ermittelt. Im Rahmen einer über drei Jahrzehnte laufenden Studie wurden die Teilnehmer alle drei Jahre ausführlich zu ihrer Lebensweise befragt und gründlich untersucht. Unter anderem wurde auch der Zustand der

Zähne erfasst. Bei 811 Teilnehmern mit anfangs kerngesunden Zähnen wurden in den folgenden Jahrzehnten 998 Wurzelbehandlungen durchgeführt. Notwendig wird ein solcher Eingriff in aller Regel dann, wenn Bakterien bis zu den Blutgefäßen und Nerven im Zahnmark vorgedrungen sind.

Die Wahrscheinlichkeit für die Behandlung war umso höher, je länger die Teilnehmer rauchten. Die Gründe dafür seien noch unklar, so die Studienleiterin. Sie sieht in verringerten Abwehrkräften als Folge des Rauchens einen Faktor für das Risiko einer Zahnwurzelkrankung. Die positive Meldung: Diejenigen, die zwischenzeitlich das Rauchen aufgegeben hatten, konnten damit auch ihr Risiko für eine Wurzelbehandlung senken.

IME-Pressedienst, Mai 2006



Foto: AOK

Seminar für Prophylaxeberaterinnen in Mettmann

Lachen und Lernen

Unter der Leitung der Ernährungsmedizinischen Beraterin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Hilde Schmitz-Krahm fand am 1. Juni 2006 in der Kreisverwaltung Mettmann ein Seminar für Prophylaxeberaterinnen statt, in dem sich alles um gesunde Ernährung, Zahngesundheit und Bewegung drehte.

In der Runde der 25 Prophylaxeberaterinnen in der Mettmanner Kreisverwaltung war nicht ein männliches Wesen zu finden. Deshalb fühlte sich der Leiter des Gesundheitsamtes Dr. Rudolf Lange bei seiner Begrüßung etwas allein gelassen. Dennoch stand mit der WM das Thema Nummer Eins des Sommers am Anfang des Seminars zur „Kindgerechten Ernährung: Grundlagen und Umsetzungsmöglichkeiten“, allerdings aus weiblicher und zahngesunder Sicht! Ernährungsberaterin Hilde Schmitz-Krahm nutzte eine Satire über „Männervorstellungen vom heimischen WM-Ablauf“ (mit Chips und Bier im Sessel), um einen humorvollen Einstieg in die Thematik der Fortbildung zu finden. Deutlich machte sie im Folgenden, wie sehr bereits in früher Kindheit die Grundlagen für eine richtige oder falsche Ernährung durch die familiäre Umgebung gelegt werden. Positiv gefasst bringt das ihr Motto zum Ausdruck: Was Hänschen lernt, verlernt Hans nimmermehr. Rasch



Die Referentin Hilde Schmitz-Krahm ist seit elf Jahren als ernährungsmedizinische Beraterin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Gesundheitsamt der Stadt Köln tätig.

kam man in der Gruppe „dem Problem auf der Spur: Ernährungsverhalten, Ess- und Bewegungsgewohnheiten hängen eng miteinander zusammen“. These der Referentin: Man darf Ernährung nicht nur als Ernährung, Zähne nicht nur als Zähne, Suchtvorbeugung nicht nur als Suchtvorbeugung und Bewegung nicht nur als Bewegung betrachten, sondern muss alles als Ganzes, als eng zusammenhängende Verhaltensweisen erkennen. Dadurch bekommt auch die Frage, wie schnell sich eine bessere, zahngesunde Ernährung erreichen lässt, eine ganz andere Dimension. Es soll nicht nur an einzelnen Symptomen herumgedoktert werden. Die Referentin machte



Gundhild Harre war für die Organisation des Seminars für Prophylaxeberaterinnen in Mettmann zuständig.

Fotos: Neddermeyer

deutlich, was unter „Verhaltensänderung“ zu verstehen ist: eine grundlegende Veränderung des gesamten Gewohnheitssystems.

Natürlich wurde auch ausführlich über die richtige Zusammensetzung des Speisezettels gesprochen: Hauptthema am Nachmittag waren die Ernährungspyramiden. Der Plural ist hier korrekt, abgesehen von je nach wissenschaftlichem Ansatz unterschiedlichen Modellen gibt es nämlich keinen pauschal für alle Alters- und Zielgruppen gültigen Ernährungsplan, sondern in der Ernährungsberatung muss zielgenau auf das einzelne Kind und sein Umfeld eingegangen werden. Zielgenau, das war auch das Stichwort für die Veranstaltung, bei der mit einer optimalen Dosis neuer Informationen versorgte Teilnehmerinnen abschließend in großen und kleinen Gruppen die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch nutzten.

Gundhild Harre, die die Veranstaltung organisiert hatte, konnte so in allen Punkten ein positives Fazit ziehen: „Es war eine sehr informative Veranstaltung zur zahngesunden Ernährung, gerade weil uns nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch Grenzen unserer Arbeit gezeigt wurden. Wenn man grundlegende Verhaltensweisen verändern will, darf man zwar Visionen haben, dennoch muss man sich auf kleine Schritte nach vorne konzentrieren. Die durch Brote ersetzte Milchschnitte oder wenigstens manchmal Mineralwasser statt Eis-Tee in der Pause, das sind Teilerfolge, die uns weiter motivieren sollten.“

Dr. Uwe Neddermeyer



Förderung beruflicher Weiterbildung

Der Bildungsscheck

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) startete im Januar 2006 das berufliche Förderprogramm *Bildungsscheck*.

Die grundlegende Zielsetzung des aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds geförderten Programms liegt in der Intention, Unternehmen und Beschäftigte in NRW zu motivieren, stärker denn je Angebote beruflicher Weiterbildung zu nutzen.

Neues zu lernen, die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Fortbildung weiterzuentwickeln, sind Voraussetzungen und Aspekte einer erfolgreichen beruflichen Zukunft. An dieser Stelle setzt das genannte Förderprogramm durch finanzielle Unterstützung bei Teilnahme an Fortbildungen an.

Ablauf zum Erhalt eines Bildungsschecks:

- Kontaktaufnahme mit einer regionalen Bildungsberatungsstelle – nähere Angaben hierzu und Anschriften findet man unter www.bildungsscheck.nrw.de
- Beratung und Angebote über Fortbildungsmöglichkeiten
- Aushändigung des Bildungsschecks
- Anmeldung und Einlösung des Bildungsschecks bei dem ausgewählten Bildungsträger

Wer kann einen Bildungsscheck erhalten?

Betriebsgröße:

Empfangsberechtigt sind Beschäftigte in kleinen und mittelständischen Unternehmen mit bis zu 250 Beschäftigten.

Personenbezogener Aspekt:

Zum Empfang des Bildungsschecks berechtigt sind Einzelpersonen (in Voll- oder Teilzeit), die sowohl im laufenden als auch in dem der Beratung vorangegangenen Jahr an keiner betrieblich veranlassten Weiterbildung teilgenommen haben. Der Nachweis erfolgt durch

Selbsterklärung der Bildungsscheckempfänger.

Bildungsschecks können sowohl an Unternehmen als auch an einzelne Personen ausgegeben werden.

Abgrenzung:

Bildungsschecks gelten **nicht** für Auszubildende, jedoch für

- geringfügig Beschäftigte,
- Beschäftigte in der Elternzeit,
- mithelfende Familienangehörige und
- befristet Beschäftigte, soweit die Weiterbildungsmaßnahme vor Ablauf des Zeitvertrages endet.

Wie erhält man einen Bildungsscheck?

Grundlage für den Erhalt eines Bildungsschecks ist die vorherige Beratung durch autorisierte Bildungsberatungsstellen, bei denen zunächst eine Überprüfung der Voraussetzungen zum Erhalt des Bildungsschecks erfolgt.

Eintragungen auf dem Bildungsscheck:

- Auswahl der infrage kommenden Weiterbildungsanbieter
- potenzielle Weiterbildungsinhalte
- Gültigkeitsdauer
- Name des Bildungsscheckinhabers

Wie wird der Bildungsscheck genutzt?

Der Bildungsscheck wird mit der Anmeldung zum jeweiligen Angebot der Fortbildung bei dem Bildungsträger, der diese Fortbildung anbietet und auf dem Bildungsscheck namentlich aufgeführt ist, eingereicht.

Bildungsscheckinhaber erhalten einen Zuschuss zu beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen (Teilnahme- und auch Prüfungsgebühr) von 50 Prozent, höchstens jedoch 750 Euro je Bildungsscheck. Es besteht die Möglichkeit, mehrere Bildungsschecks einzulösen.

Eine Übertragung des Bildungsschecks auf einen Dritten ist nicht möglich.

Anmerkung:

Der Weiterbildungsanbieter ist nicht verpflichtet, den Bildungsscheck anzunehmen.

Bildungsscheckverfahren

Zunächst erfolgt die Beratung durch eine Weiterbildungsberatungsstelle. Sind die Voraussetzung für den Erhalt eines Bildungsschecks gegeben, besteht aufgrund des Neutralitätsprinzips die Verpflichtung, mehrere Weiterbildungsanbieter auf dem Bildungsscheck einzutragen.

Nur bei den von der Weiterbildungsberatungsstelle auf dem Bildungsscheck aufgeführten Weiterbildungsanbietern kann der Bildungsscheck eingelöst werden. Grundsätzlich sind mindestens drei Weiterbildungsanbieter zu benennen.

Die Liste der Weiterbildungsberatungsstellen kann über das Internet unter www.bildungsscheck.nrw.de abgerufen werden.

Sobald der Bildungsscheck ausgestellt worden ist, kann nach erfolgter Anmeldung mit der Weiterbildung begonnen werden.

Förderbedingungen:

- Vorrangig ist der Nutzen für den Betrieb.
- **Nicht** förderfähig sind „arbeitsplatzbezogene Anpassungsqualifizierungen“ wie z. B. Kurse, die ausschließlich zur Erlangung rechtlich vorgegebener Befähigungs- und Sachkundenachweise erforderlich sind, sowie Angebote, die Erholungszwecken, Unterhaltungs- und sportlichen Zielen dienen.
- Eine anderweitige Förderung schließt die Inanspruchnahme des Bildungsschecks aus.
- Beschäftigte können die betriebsspezifische Qualifizierung außerhalb des Betriebes im Kontext des Arbeitsmarktes **nicht** nutzen.
- Der Bildungsscheck kann **nicht** für zurückliegende Fortbildungen beansprucht werden.

Gefördert werden Angebote, die Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten oder Verhaltensweisen für die berufliche Tätigkeit vermitteln, z. B. Sprach- und EDV-Kenntnisse, der Erwerb von Schlüsselqualifikationen, Lern- und Arbeitstechniken etc.

Die Weiterbildungsberatungsstellen müssen im Einzelfall prüfen, ob und inwieweit die Qualifizierungsmaßnahme eine Bedeutung für den allgemeinen Arbeitsmarkt – und nicht nur für den betrieblichen Einsatz – hat.

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

Zahnärztliche Kurse

1. 8. 2006	06131 P(B)	15 Fp	25. 8. 2006	06144 (B)	6 Fp
Ätiologie und Pathogenese parodontaler Erkrankungen Modul 1–2 des Curriculums Parodontologie			Effiziente Distalbissbehandlung – das Göttinger „Pro-Stab“-Plattensystem		
Professor Dr. med. dent. Thomas Hoffmann, Dresden Dienstag, 1. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Mittwoch, 2. August 2006 von 9.00 bis 16.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00			Dr. med. dent. Arndt Jähnig, Bovenden Freitag, 25. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 150,00		
16. 8. 2006	06141 P(B)	7 Fp	25. 8. 2006	06168 (B)	5 Fp
Endodontie kompakt – Notfallendodontie, Trepanation und Aufbereitung mit NiTi 1. Kurs einer zweiteiligen Kursreihe			Kofferdam in 100 Sekunden		
(Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 06142.) apl. Prof. Dr. med. dent. Rudolf Beer, Essen Mittwoch, 16. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 200,00			Dr. med. dent. Johannes Müller, Wörth a. d. Isar ZA Norman Tischer, Landshut Freitag, 25. August 2006 von 9.00 bis 12.30 Uhr Teilnehmergebühr: € 250,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 125,00		
18. 8. 2006	06037 P(B)	15 Fp	25. 8. 2006	06169 (B)	5 Fp
Weich- und Hartgewebsmanagement bei implantatgestützten Suprakonstruktionen in ästhetisch sensiblen Bereichen Modul 11–12 des Curriculums Implantologie			Kofferdam in 100 Sekunden		
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Rudolf Reich, Bonn Prof. Dr. med. dent. Walter Lückerath, Bonn Dr. med. Dr. med. dent. Markus Martini, Bonn Freitag, 18. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 19. August 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00			Dr. med. dent. Johannes Müller, Wörth a. d. Isar ZA Norman Tischer, Landshut Freitag, 25. August 2006 von 13.00 bis 16.30 Uhr Teilnehmergebühr: € 250,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 125,00		
19. 8. 2006	06128 *	9 Fp	26. 8. 2006	06140 (B)	9 Fp
Ästhetische Parodontaltherapie			Schnittstellen Parodontologie – Implantologie Hart- und Weichgewebsmanagement an Zahn und Implantat und Implantologie im parodontal vorgeschädigten Gebiss		
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Rainer Buchmann, Hamm Klaus Mütterthies, Zahntechnikermeister, Gütersloh Samstag, 19. August 2006 von 9.00 bis 18.00 Uhr Teilnehmergebühr: Zahnärzte € 240,00, Assistenten € 120,00			Dr. med. dent. Christian Hammächer, Aachen Dr. med. dent. Jamal Stein, Augsburg Samstag, 26. August 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 240,00		
23. 8. 2006	06148 P(B)	6 Fp	30. 8. 2006	06111 P(B)	8 Fp
Die übersehene Karies – Neue Möglichkeit für Diagnostik und Monitoring			Moderne Präparationstechniken		
Prof. Dr. med. dent. Matthias Frentzen, Bonn Priv.-Doz. Dr. med. dent. Andreas Braun, Bonn Mittwoch, 23. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 160,00			Dr. med. dent. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf Mittwoch, 30. August 2006 von 14.00 bis 20.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 240,00		
23. 8. 2006	06118 P(B)	6 Fp	1. 9. 2006	06106 P(B)	14 Fp
Rationelle Schnitt- und Nahttechnik für die zahnärztliche Praxis			Die thermoplastische Wurzelfüllung		
Prof. em. Dr. med. Dr. med. dent. Peter Schulz, Köln Mittwoch, 23. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 200,00			Dr. med. dent. Carsten Appel, Niederkassel Freitag, 1. September 2006 von 14.00 bis 20.00 Uhr Samstag, 2. September 2006 von 9.00 bis 16.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00		
23. 8. 2006	06143 (B)	6 Fp	1. 9. 2006	06145 P(B)	13 Fp
Periimplantäre Entzündungen: Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und das aktuelle Therapiekonzept			Moderne kieferorthopädische Verankerungskonzepte		
Dr. med. dent. Frank Schwarz, Düsseldorf Mittwoch, 23. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 150,00			Prof. Dr. med. dent. Dieter Drescher, Düsseldorf Dr. med. dent. Benedict Wilmes, Düsseldorf Freitag, 1. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 2. September 2006 von 10.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 440,00		
25. 8. 2006	06017 P(B)	15 Fp	6. 9. 2006	06109 (B)	8 Fp
Abschnitt VIII des Curriculums Endodontologie			Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen		
Prof. Dr. med. dent. Roland Weiger, Basel (CH) Dr.-med. stom. (RO) Gabriel Tulus, Viersen Freitag, 25. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 26. August 2006 von 9.00 bis 15.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00			Dr. med. dent. Steffen Tschackert, Frankfurt Mittwoch, 6. September 2006 von 14.00 bis 20.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 240,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 120,00		
			6. 9. 2006	06146 (B)	5 Fp
			Handbuch für die Zahnarztpraxis Schwerpunkt: Begehung nach MPG		
			Dr. med. dent. Johannes Szafraniak, Viersen Dr. med. dent. Klaus Sälzer, Wuppertal Mittwoch, 6. September 2006 von 13.30 bis 18.30 Uhr Teilnehmergebühr: € 90,00		

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

9. 9. 2006 Vollkeramik von A bis Z Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff, Aachen Samstag, 9. September 2006 von 9.00 bis 15.30 Uhr Teilnehmergebühr: € 180,00	06114 (B)	7 Fp	22. 9. 2006 Herbstmeeting der Zahnärztekammer Nordrhein Oralchirurgisches Symposium verschiedene Referenten Freitag, 22. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 23. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Sonntag, 24. September 2006 von 9.00 bis 12.00 Uhr Veranstaltungsort: Maritim-Hotel Königswinter Rheinallee 3, 53639 Königswinter Teilnehmergebühr: € 375,00	06190 (B)	15 Fp
9. 9. 2006 Notfall-Teamkurs Kurs für das Praxisteam mit praktischen Übungen Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Monika Daubländer, Mainz Dr. med. Thomas Schneider, Mainz Samstag, 9. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 180,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 60,00	06130 (B)	9 Fp	27. 9. 2006 Nachsorge von Implantatpatienten Modul 13–14 des Curriculums Implantologie Prof. Dr. med. dent. Thomas Weischer, Essen Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christopher Mohr, Essen Mittwoch, 27. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Donnerstag, 28. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00	06038 P(B)	15 Fp
12. 9. 2006 Diagnostik, Immunologie und genetische Faktoren Modul 3–4 des Curriculums Parodontologie Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Søren Jepsen, Bonn Dienstag, 12. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Mittwoch, 13. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00	06132 P(B)	15 Fp	29. 9. 2006 Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis Teil 1 einer dreiteiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch unsere Kurse 06127 und 07001.) Dr. med. dent. Uwe Harth, Bad Salzuflen Freitag, 29. September 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Samstag, 30. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 450,00	06126 P(B)	15 Fp
15. 9. 2006 Moderne Endodontie – Gewusst wie! Kursteil III Dr. med. dent. Hans-Willi Herrmann, Bad Kreuznach Freitag, 15. September 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Samstag, 16. September 2006 von 9.00 bis 16.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00	06102 P(B)	13 Fp	30. 9. 2006 Erfolg durch Prophylaxe – Profit-Zentren: Prophylaxe, Professionelle Zahnreinigung, initiale Parodontaltherapie Dr. med. dent. Klaus-Dieter Hellwege, Lautercken Samstag, 30. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 290,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 50,00	06171 (B)	9 Fp
15. 9. 2006 Die präventiv orientierte Praxis – Das Konzept (Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 06257.) Dr. med. dent. Lutz Laurisch, Korschenbroich Freitag, 15. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 16. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 450,00	06121 (B)	13 Fp	Vertragswesen		
22. 9. 2006 Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe – Sanierungskonzepte für das Milch- und Wechselgebiss Prof. Dr. med. dent. Johannes Einwag, Stuttgart Freitag, 22. September 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr Samstag, 23. September 2006 von 9.00 bis 16.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 300,00	06103 (B)	12 Fp	9. 8. 2006 Abrechnung chirurgischer Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der GOÄ-Positionen Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter Dr. med. dent. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid Dr. med. dent. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid Mittwoch, 9. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 30,00	06321 (B)	4 Fp
22. 9. 2006 Abschnitt IX des Curriculums Endodontologie Prof. Dr. med. dent. Claus Löst, Tübingen Freitag, 22. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 23. September 2006 von 9.00 bis 15.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 480,00	06018 P(B)	15 Fp	16. 8. 2006 Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 1 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach ZA Lothar Marquardt, Krefeld Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen Mittwoch, 16. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 30,00	06322 (B)	4 Fp
22. 9. 2006 Selbstzahler-Leistungen einfühlsam, gezielt und erfolgreich im Team anbieten – Team Power I (Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 06167.) Dr. med. dent. Gabriele Brieden, Hilden Betriebswirt Matthias Orschel-Brieden, Hilden Freitag, 22. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Samstag, 23. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 290,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 190,00	06166 T(B)	12 Fp	20. 9. 2006 Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 2 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter (Beachten Sie bitte auch unsere Kurse 06322 und 06324.) Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach ZA Lothar Marquardt, Krefeld Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen Mittwoch, 20. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr Teilnehmergebühr: € 30,00	06323 (B)	4 Fp

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

20. 9. 2006 06325 (B) 4 Fp

„Glücksspirale“ –

Verfahren vor dem Prüfungsausschuss Stichprobe

Seminar für Zahnärzte

Dr. med. dent. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid

Dr. med. dent. Harald Holzer, Bergisch Gladbach

Mittwoch, 20. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 30,00

27. 9. 2006 06326 (B) 4 Fp

Abrechnung BEMA – Gebührentarif E:

Systematische Behandlung von Parodontopathien

mit besonderer Berücksichtigung der vertragsgerechten

Abrechnung – der aktuelle Stand

Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Dr. med. dent. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid

Dr. med. dent. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid

Mittwoch, 27. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 30,00

Fortbildung der Universitäten

■ Düsseldorf

06353 (B) 9 Fp

Prothetischer Arbeitskreis

3. Quartal 2006

Univ.-Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf

Mittwoch, 12. Juli 2006 ab 15.00 Uhr

Mittwoch, 9. August 2006 ab 15.00 Uhr

Mittwoch, 13. September 2006 ab 15.00 Uhr

Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der

Zahnärztekammer Nordrhein

Emanuel-Leutze-Str. 8

40547 Düsseldorf

Teilnehmergebühr: € 55,00

30. 8. 2006 06358 (B) 5 Fp

Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte

und zahnärztliches Personal

Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Düsseldorf

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Claus Udo Fritzscheier, Düsseldorf

Mittwoch, 30. August 2006 von 15.00 bis 19.00 Uhr

Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der

Zahnärztekammer Nordrhein

Emanuel-Leutze-Str. 8

40547 Düsseldorf

Teilnehmergebühr: € 160,00 und Praxismitarbeiter (ZFA) € 25,00

Fortbildung in den Bezirksstellen

■ Bergisch Land

9. 9. 2006 06465 3 Fp

Der ältere Patient

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang J. Spitzer, Homburg/Saar

Samstag, 9. September 2006 von 10.00 bis 13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Bergische Universität Wuppertal

Campus Freudenberg

Rainer-Gruenter-Str. 21

42119 Wuppertal

Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Seminare für Assistenten

29. 9. 2006 06393 (B) 16 Fp

Praxisabgabe-/Praxisübernahmeseminar

Seminar für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte,
Praxisinhaber

verschiedene Referenten

Freitag, 29. September 2006 von 9.00 bis 18.00 Uhr

Samstag, 30. September 2006 von 9.00 bis 18.00 Uhr

Veranstaltungsort: Dorint Novotel, Düsseldorf City West

Niederkasseler Lohweg 179

40547 Düsseldorf

Teilnehmergebühr: € 190,00

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

4. 8. 2006 06260

Full mouth Therapie mit Schall und Ultraschall

Seminar für ZMF und ZMP

Prof. Dr. Ulrich P. Saxer, Zürich (CH)

Freitag, 4. August 2006 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Freitag, 24. November 2006 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Freitag, 2. Februar 2007 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 950,00

5. 8. 2006 06261

Full mouth Therapie mit Schall und Ultraschall

Seminar für ZMF und ZMP

Prof. Dr. Ulrich P. Saxer, Zürich (CH)

Samstag, 5. August 2006 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Samstag, 25. November 2006 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Samstag, 3. Februar 2007 von 8.30 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 950,00

16. 8. 2006 06262

Übungen zur Prophylaxe

Gisela Elter, ZMF, Verden

Mittwoch, 16. August 2006 von 14.00 bis 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 95,00

18. 8. 2006 06263

Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte

und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse

im Strahlenschutz nach RvV § 24

Prof. em. Dr. med. Dr. med. dent. Peter Schulz, Köln

Gisela Elter, ZMF

Freitag, 18. August 2006 von 9.00 bis 19.00 Uhr

Samstag, 19. August 2006 von 9.00 bis 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 220,00

25. 8. 2006 06264

Perfekter Umgang mit schwierigen Patienten

Dr. med. dent. Gabriele Brieden, Hilden

Freitag, 25. August 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr

Samstag, 26. August 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: € 175,00

4. 9. 2006 06294

Prophylaxe ein Leben lang – Teil 2

Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen

Dr. med. dent. Rüdiger Butz, Moers

Montag, 4. September 2006 von 18.00 bis 21.15 Uhr

Teilnehmergebühr: € 75,00

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

9. 9. 2006 **06258**

Mit Köpfchen durch die Ausbildung

Katja Knieriem-Lotze, ZMF, ZMV, Hann Münden
Susanne Rettberg, ZMV, Göttingen
Samstag, 9. September 2006 von 9.00 bis 16.30 Uhr
Teilnehmergebühr: € 75,00

15. 9. 2006 **06266**

Führen im Team

Dipl.-Psychologe Bernd Sandock, Berlin
Freitag, 15. September 2006 von 15.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 16. September 2006 von 9.00 bis 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 250,00

15. 9. 2006 **06257**

Prävention –

Die Prophylaxehelferin im Mittelpunkt des Konzeptes

Dr. med. dent. Elfi Laurisch, Korschenbroich
Freitag, 15. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 16. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 200,00

20. 9. 2006 **06256**

MS Excel für ZMF, ZMP, ZMV

Heinz-Werner Ermisch, Nettetal
Mittwoch, 20. September 2006 von 14.00 bis 21.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 160,00

22. 9. 2006 **06290**

Ausbildung von ZMF und ZMP in der Altenpflegeausbildung

Dr. med. dent. Friedrich Cleve, Rheurdt
Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech
Freitag, 22. September 2006 von 9.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 23. September 2006 von 9.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 450,00

27. 9. 2006 **06267**

Konfliktmanagement

Rolf Budinger, Geldern
Mittwoch, 27. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 60,00

27. 9. 2006 **06268**

Implantologie – Assistenz und Abrechnung

Dr. med. habil. Dr. med. dent. Georg Arentowicz, Köln
Mittwoch, 27. September 2006 von 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 80,00

28. 9. 2006 **06269**

Praxis der professionellen Zahnreinigung

Dr. med. dent. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken
Donnerstag, 28. September 2006 von 14.00 bis 17.00 Uhr
Freitag, 29. September 2006 von 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: € 350,00

29. 9. 2006 **06271**

Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte nach RöV § 24

Prof. Dr. med. dent. Jürgen Becker, Düsseldorf
Freitag, 29. September 2006 von 8.30 bis 18.30 Uhr
Samstag, 30. September 2006 von 8.30 bis 18.30 Uhr
Teilnehmergebühr: € 220,00

www.zaek-nr.de
Karl-Häupl-Institut

A N M E L D U N G

Hinweise zu den Veranstaltungen

Verbindliche Anmeldungen bitte an die Zahnärztekammer Nordrhein Karl-Häupl-Institut, Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf (Lörick) oder Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf

Telefon: 02 11 / 5 26 05 - 0 oder 02 11 / 5 26 05 50
(nur während der Kurszeiten)

Fax: 02 11 / 5 26 05 21 oder 02 11 / 5 26 05 48

Anmeldung: www.zaek-nr.de, **E-Mail:** khi@zaek-nr.de

Aktuelle Informationen zum Kursangebot und direkte Buchungsmöglichkeiten finden Sie online unter www.zaek-nr.de – Karl-Häupl-Institut.

Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung möglichst früh erwünscht. Ihre Kursreservierung erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs. Ihre Anmeldung wird umgehend bestätigt. Die Kursgebühr muss spätestens 21 Tage vor Kursbeginn bei uns eingegangen sein.

Die Kursgebühr können Sie per Überweisung an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf, Konto-Nr.: 0001 635 921, BLZ 300 606 01, begleichen. Für Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein gilt, dass die Kursgebühr auf Wunsch jeweils über das KZV-Abrechnungskonto einbehalten werden kann.

Der Rücktritt von der Anmeldung muss schriftlich und bis spätestens 21 Tage vor Veranstaltungsbeginn erfolgen. Bei einer Abmeldung zwischen dem 21. und 7. Tag vor der Veranstaltung werden 50 Prozent der Kursgebühr fällig. Nach diesem Termin sowie bei Nichterscheinen bzw. Abbruch der Teilnahme ist die volle Kursgebühr zu bezahlen. Der Kursplatz ist übertragbar.

Die Zahnärztekammer Nordrhein behält sich die Absage oder Terminänderung von Kursen ausdrücklich vor. Für die den Teilnehmern hierdurch entstehenden Kosten wird nicht gehaftet.

Die angegebene Kursgebühr gilt für den niedergelassenen Zahnarzt, Assistenten, beamtete und angestellte Zahnärzte sowie Zahnärzte, die ihren Beruf zurzeit nicht oder nicht mehr ausüben, können an Kursen, die durch ein * gekennzeichnet sind, zur halben Kursgebühr teilnehmen. Des Weiteren können Zahnärzte in den ersten zwei Jahren nach ihrer Erstiniederlassung diese Ermäßigung in Anspruch nehmen. Zur Berechnung der Zweijahresfrist gilt das Datum der Veranstaltung. Für Studenten der Zahnmedizin im 1. Studiengang ist die Teilnahme an den vorgenannten Veranstaltungen kostenlos. **Ein entsprechender Nachweis ist jeder Anmeldung beizufügen.**

Ausführliche Informationen und Kursunterlagen – wie Material- und Instrumentenlisten – erhalten Sie vor Kursbeginn.

Die unter „Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin (ZFA)“ aufgeführten Kurse sind ausschließlich für Zahnmedizinische Fachangestellte gedacht. Zahnärzte, die jedoch unbedingt an den Kursen teilnehmen wollen, können zugelassen werden, sofern freie Plätze vorhanden sind. In diesem Fall beträgt die Kursgebühr das Doppelte der Kursgebühr für die Zahnmedizinische Fachangestellte.

Zeichenerklärung: **(B)** = Die Teilnehmerzahl ist begrenzt
Fp = Fortbildungspunkte
P = Praktischer Arbeitskurs
T = Kurs für das zahnärztliche Team

In unmittelbarer Nähe des Karl-Häupl-Institutes stehen renommierte Hotels mit großer Bettenkapazität zur Verfügung.

**COURTYARD BY MARRIOTT, Am Seestern 16,
40547 Düsseldorf (Lörick), Tel. 02 11 / 59 59 59,
Fax 02 11 / 59 35 69**

**Lindner Congress Hotel, Lütticher Str. 130,
40547 Düsseldorf (Lörick), Tel. 02 11 / 5 99 70,
Fax 02 11 / 5 99 73 39, E-Mail: info.congresshotel@lindner.de,
Internet: <http://www.lindner.de>**

**Mercure Hotel Seestern, Fritz-Vomfelde-Straße 38,
40547 Düsseldorf (Lörick), Tel. 02 11 / 53 07 60,
Fax 02 11 / 53 07 64 44, E-Mail: h2199@accor-hotels.com**

Kursteilnehmer werden gebeten, Reservierungen selbst vorzunehmen. Die Reservierung sollte möglichst frühzeitig erfolgen, da während der zahlreichen Ausstellungen und Messen in Düsseldorf Zimmerengpässe möglich sind. Mit einigen Hotels wurden Sonderkonditionen, die jedoch nur an messefreien Tagen gelten, vereinbart.

Weitere Informationen, wie Hotelverzeichnisse, können beim Verkehrsverein der Stadt Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 35 05 05 bzw. unter der Anschrift www.dus-online.de angefordert werden.

Dr. Werner Bußmann

90 Jahre

Am 5. Juni 2006 feierte unser Kollege Dr. Werner Bußmann im Kreise seiner Familie die Vollendung seines 90. Lebensjahres. Bei guter Gesundheit widmet er sich zusammen mit seiner Ehefrau dem Schwimmsport und erwandert die Schönheiten der Natur, wann immer das Wetter danach ist. So kann man ihn getrost als absolut „fit“ bezeichnen, ein Geschenk, das in diesem Alter nicht allzu vielen zuteil wird. Dabei war er schon während seiner beruflich aktiven Lebenszeit sehr aktiv und hat über seine Praxistätigkeit hinaus zum Teil zeitraubende Gemeinschaftsaufgaben wahrgenommen, was ihm in der breiten Kollegenschaft ein hohes Maß an Achtung eintrug.

Dr. Bußmann wurde in Duisburg geboren und wuchs auch dort auf. Er studierte Zahnheilkunde an der Universität München und wechselte nach dem Physikum an die damalige Medizinische Akademie Düsseldorf, wo er sein Staatsexamen ablegte und im Jahre 1943, mitten im Krieg, zum Doktor der Zahnmedizin promoviert wurde. Nach Kriegsende ließ er sich 1946 in eigener Praxis, die er rund 30 Jahre später in die Hände seines Sohnes legen konnte, in Düsseldorf auf der Grafenberger Allee nieder. Wenn auch der langersehnte

Frieden eingekehrt war, die Nachkriegszeit war alles andere als rosig. An materiellen Dingen fehlte es an allen Ecken und Enden, und große Teile der Bevölkerung lebten in regelrechter Not.

Erst Mitte 1948, nach der Währungsreform und der konsequenten Einführung der Erhard'schen „Sozialen Marktwirtschaft“ ging es im Zuge des sich anbahnenden Wirtschaftswunders steil aufwärts, allerdings nicht so ohne weiteres für die Heilberufe. Dr. Werner Bußmann gehörte zu den Männern der ersten Stunde der Anfang 1955 ins Leben gerufenen „Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“, dem späteren Freien Verband Deutscher Zahnärzte. Und in Not waren die Zahnärzte zu dieser Zeit tatsächlich, sowohl wirtschaftlich als auch standespolitisch. Die wirtschaftliche Lage der Zahnärzte war alles andere als rosig, denn die Leistungen wurden nicht angemessen honoriert.

Er übernahm dann auch jahrzehntelang Verantwortung im Körperschaftsbereich, und zwar als Delegierter in der Kammerversammlung und in der KZV-Vertreterversammlung. Später arbeitete er auch wechselseitig in den Vorständen beider Organisationen mit. Ich selbst erlebte ihn Ende der 60er, Anfang



Dr. Werner Bußmann

Foto: Lück

der 70er Jahre als Finanzreferent der Kammer beim Aufbau des ersten kammereigenen Hörsaales auf der Lindemannstraße in Düsseldorf.

Werner Bußmann war nie ein Mann der lauten Töne. Vielmehr war er allseits geschätzt wegen seiner ruhigen, sachlichen Art, die unbedingte Zuverlässigkeit ausstrahlte.

Mir bleibt es, ihm noch viele schöne Jahre des Ruhestands in guter körperlicher und geistiger Frische zu wünschen, und das vereint mit seiner lieben Frau.

Ad multos annos!

Dr. Joachim Schulz-Bongert

Mini-Implantate in der Kieferorthopädie: Indikationen, Konzepte und Risiken

**Samstag, 16. September 2006,
9.30 Uhr bis 17.00 Uhr**

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Hörsaal ZMK/Orthopädie

Referenten:

Prof. Dr. Dieter Drescher, OA Dr. Benedict Wilmes

Teilnahmegebühr:

380 € (Assistenten mit Bescheinigung 280 €)
inkl. MwSt.

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK-Richtlinien

Auskunft/Anmeldung:

Dr. B. Wilmes/Westdeutsche Kieferklinik, UKD
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel. 02 11 / 8 11 86 71, 8 11 81 60, Fax: 02 11 / 8 11 95 10
wilmes@med.uni-duesseldorf.de

40. Jahrestagung der NEUEN GRUPPE

2. bis 5. November 2006
Workshops am 2. und 5. November 2006

WEGE ZUR IMPLANTATION – Hart- und Weichgewebsaugmentation in der Implantologie

Veranstaltungsort:

Hannover Congress Centrum
Theodor-Heuss-Platz 1–3, 30175 Hannover

8 Fortbildungspunkte pro Tag und 3 Fortbildungspunkte pro Workshop gemäß BZÄK, DGZMK vom 1. 1. 2006

Auskunft/Anmeldung:

www.neue-gruppe.com oder
Hannover Congress Centrum, Frau Sigrid Lippka
Tel. 05 11 / 8 11 32 39, Fax 05 11 / 8 11 34 30
E-Mail: sigrid.lippka@hcc.de

Professor Dr. Dr. Gottfried Schmuth, 80 Jahre

Am 29. Juni 2006 vollendete Professor Dr. med. Dr. med. dent. Gottfried Schmuth, ehemaliger Direktor und Ordinarius der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Bonn, sein 80. Lebensjahr. Das Rheinische Zahnärzteblatt und die nordrheinische Kollegenschaft gratulieren herzlich.

Die vielen Stationen seiner Vita sind Ausdruck seiner Aktivität und beeindruckenden Persönlichkeit.

In Wien als Sohn eines Professors der Philosophie 1926 geboren, verlebte er seine Kinder- und Jugendzeit. Nach seinem Abitur im Juli 1943 erfolgte sein Einsatz zum Wehrdienst. Eine Verwundung an der Ostfront ermöglichte ihm 1944 den frühen Einstieg in das Studium der Medizin in seiner Heimatstadt. Nach seiner Promotion im Jahre 1949 begegnete er dem kieferorthopädischen Altmeister A. M. Schwarz: Seine kieferorthopädische Laufbahn war damit eingeleitet. 1950 wurde er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Kieferorthopädie der Wiener Städtischen Allgemeinen Poliklinik unter A. M. Schwarz. Er absolvierte gleichzeitig das Studium der Zahnmedizin und erlangte 1952 die zahnärztliche Approbation. 1955 wechselte er an die Universität Düsseldorf zu Karl Häupl und promovierte im gleichen Jahr zum Dr. med. dent. Nur zwei Jahre später habilitierte er mit dem Thema „Muskeltätigkeit und Muskelwirkung in der Funktionskieferorthopädie“. Sein wissenschaftlicher Werdegang ist damit offenkundig. Nach seiner Anerkennung als Facharzt für Kieferorthopädie wurde dem erst 34-jährigen Privatdozenten Schmuth die Leitung der Abteilung für

Kieferorthopädie der Universitätszahnklinik Köln übertragen. 1963 erfolgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. 1967 trat er in Bonn als Ordinarius und Direktor der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Nachfolge Korkhaus ein traditionsreiches Erbe an. Schon bald stand er in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Problemen des Faches international in vorderster Reihe, so zum Beispiel durch seine kritische Einstellung in der Fragestellung der Relevanz, welche die Kephalometrie in der kieferorthopädischen Diagnostik einnimmt. Er war es, der als einer der Ersten weltweit die Überbewertung der Fernröntgenseitenaufnahme bekämpfte und relativierte. Seine Kompetenz auf dem Gebiet der Funktionskieferorthopädie und den abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaturen war Schwerpunkt in der Vielseitigkeit seines wissenschaftlichen Wirkens. Forschungsprojekte im Rahmen der Biomechanik und der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten wurden von ihm wesentlich unterstützt. Keinem ist die Historie der Kieferorthopädie so vertraut wie ihm.

Seine hervorragenden Leistungen in Forschung und Lehre blieben weder der eigenen Fakultät noch der internationalen Fachwelt verborgen. Durch die Ablehnung seiner Berufung an die Ludwig-Maximilians-Universität München im Jahre 1975 blieb er Bonn erhalten. In der Auflistung der Standesorganisationen und Gremien, denen er vorstand und in denen er richtungsweisend mitwirkte sowie in der Nennung seiner ehrenvollen Verdienste kann man im Rah-



Prof. Dr. Dr. Gottfried Schmuth

Foto: privat

men dieses Beitrages nur unvollständig bleiben: Mitglied der deutschen Delegation bei den Jahres- und Weltkongressen der FDI 1964 bis 1976, Mitgliedschaft im Gründungsausschuss und Leitung der Gründungsversammlung des BDK 1967, Mitglied im Beirat der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1970 bis 1974, Mitgliedschaft im Vorstand der DGZMK 1971 bis 1979, Wahl zum Jahrespräsidenten der DGKFO 1974 bis 1975, Wahl zum Tagungspräsidenten der 102. Jahrestagung der DGZMK 1976, „President Elect“ der European Orthodontic Society (EOS) 1980, Präsident der EOS 1981 bis 1982, Wahl und Wiederwahl zum Vorsitzenden der DGKFO 1981 bis 1987, Ehrenmitgliedschaft des Vereins der Österreichischen Zahnärzte (ÖGZMK), der Peruanischen Orthodontischen Gesellschaft 1985 sowie der DGKFO 1991.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele angenehme Jahre bei gesundheitlichem Wohlergehen. Ad multos annos, Herr Professor Schmuth!

Dr. Rüdiger Butz

Bitte E-Mail-Adresse übermitteln!

Leider hat erst ein Teil der nordrheinischen Praxen der KZV Nordrhein ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt. Um demnächst einen noch größeren Kreis von Zahnärzten per E-Mail über wichtige kurzfristige Entwicklungen informieren zu können, bitten wir daher nochmals alle nordrheinischen Vertragszahnärzte, der KZV Nordrhein ihre E-Mail-Adresse (Praxis) unter Angabe ihrer Abrechnungsnummer zu übermitteln.

Bitte vergessen Sie auch nicht, die KZV über Änderungen Ihrer E-Mail-Adresse in Kenntnis zu setzen. Ansprechpartner ist die Abteilung Register, bitte nur per E-Mail an

Register@KZVNR.de



Foto: Neddermeyer

Dr. Richard Thönnessen, 65 Jahre

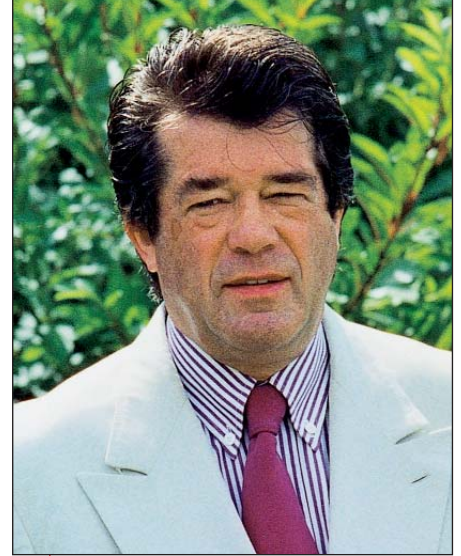
Am 10. Juni 2006 feierte Dr. Richard Thönnessen seinen 65. Geburtstag. Geboren und aufgewachsen ist er in Aachen. Zunächst absolvierte er eine kaufmännische Ausbildung. Das Vorbild des Vaters und die Möglichkeit, Kreativität mit Medizin verbinden zu können, bestärkten Richard Thönnessen aber dann in dem Wunsch, Zahnarzt zu werden. So studierte er von 1965 bis 1970 in Marburg, wo er schon 1970 promovierte. Danach war er zuerst als Stabsarzt bei der Bundeswehr in Ulmen und dann ab September 1972 als Ausbildungsassistent in Trier tätig. Zwischen dem 1. Juli 1975 und Januar 2005 war Richard Thönnessen in Aachen niedergelassen.

Schon früh zog es ihn als Mitglied des Freien Verbandes in die Berufspolitik. Ab 1983 war er in unterschiedlichen Funktionen tätig. Er war Mitglied im VdAK-Beschwerdeausschuss und in der KZV-Vertreterversammlung. Danach widmete er seine Aktivitäten der Zahnärztekammer. So war Richard Thönnessen zwischen 1985 und 2002 in steter

Folge Mitglied der Kammerversammlung. Zwischen 1988 und 1992 leitete er das Finanzreferat als Mitglied des Kammervorstandes. Danach arbeitete er in verschiedenen Ausschüssen der Kammer mit. Zuletzt war Richard Thönnessen Vorsitzender des Haushaltsausschusses in Nordrhein. Bis heute ist er Mitglied des Haushaltsausschusses der Bundeszahnärztekammer. Auch als Mitglied in Aufsichtsausschuss des VZN stellt er seine Erfahrung in den Dienst der Kollegen.

Seit dem Verkauf seiner Praxis genießt er den Ruhestand in seinem Haus in Eschweiler Dürwiss. Er widmet sich ausschließlich seinen Hobbys: dem Tennis, dem Schachspiel, dem Golfsport, der Spitzengastronomie und ausgedehnten Reisen. Mit etwas Glück kann er sich von Sohn oder Tochter in den Urlaub fliegen lassen, denn beide sind als Piloten bei großen deutschen Fluggesellschaften tätig.

Lieber Richard, seit Du nicht mehr in der Berufspolitik dabei bist, ist manche schöne Tradition eingeschlafen. Beson-



Dr. Richard Thönnessen

Foto: privat

ders gern erinnere ich mich an die „Gourmetfrühstücke“ vor der Kammerversammlung. Wir Aachener Kollegen haben das damals über mehrere Jahre zusammen mit Dir durchgeführt und auch in Deinem Wohnzimmer zelebriert.

Der stilvolle Genussmensch Richard Thönnessen ist als kollegialer Freund mit seiner unaufdringlichen fachlichen Kompetenz und der ihm eigenen vornehmen Zurückhaltung des „Gentleman“ fest in unseren Herzen verankert.

Im Namen aller Kolleginnen und Kollegen wünsche ich Dir, lieber Richard, dass Du Deine Rente noch lange Jahre in vollen Zügen genießen kannst.

Dein Ernst Goffart

ZAHNÄRZTE-STAMMTISCHE

□ Düsseldorf Oberkassel

Termin: am zweiten Dienstag im ungeraden Monat, 19.30 Uhr
Treffpunkt: Gaststätte Peters, Oberkasseler Str. 169
Kontakt: 02 11/ 55 28 79 (Dr. Fleiter)

□ Bad Honnef

Stammtisch Siebengebirge
Termin: am ersten Dienstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: Seminaris Bad Honnef, A.-v.-Humbolt-Str. 20

□ Essen

„Freier Stammtisch“
Termin: am ersten Donnerstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: „Pheloxemia“, Meisenburgstr. 78

□ Gummersbach

Termin: am letzten Donnerstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: Restaurant Akropolis, Gummersbacher Str. 2

□ Köln

Termin: am ersten Donnerstag im Monat, 19.30 Uhr
Treffpunkt: Bachemer Landstraße 355
Zahnärztliche Initiative Köln-Nord
Termin: unregelmäßig
Kontakt: 02 21 / 5 99 21 10 (Dr. Sabine Langhans)

ZIKÖ – Zahnärztl. Initiative Köln (rechtsrheinisch)

Termin: unregelmäßig
Kontakt: 02 21 / 634243 (Dr. Hafels)
nc-hafelsdr@netcologne.de

Zahnärztliche Initiative Köln West

Termin: unregelmäßig
Kontakt: 0221/9553111 (ZA Markus Danne-Rasche)
dr@zahn.com

□ Mülheim

Termin: am zweiten Montag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: Im Wasserbahnhof in Mülheim an der Ruhr

□ Leverkusen

Termin: am zweiten Dienstag im Monat, 19.00 Uhr
Treffpunkt: Hotel-Restaurant „Haus Schweigert“, Leverkusen-Manfort, Moosweg 3

□ Oberhausen

Termin: am ersten Donnerstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: „Haus Union“, Schenkendorfstr. 13 (gegenüber Arbeitsamt)

□ Remscheid

Termin: am ersten Donnerstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: Ratskeller, Theodor-Heuss-Platz 23

Bezirksstelle Aachen

50 Jahre

ZA Peter Strahlmann
Trierer Straße 816
52078 Aachen
* 4. 9. 1956

60 Jahre

Dr. Helmut Hinkens
Beeckerstraße 56–62
41844 Wegberg
* 26. 7. 1946

Dr. Marieluise Schramke
Gasborn 41
52062 Aachen
* 31. 7. 1946

Dr. Norbert Meuser
Parkhofstraße 17
41836 Hückelhoven
* 29. 8. 1946

Dr. Walter Eisenacher
Beecker Straße 60
41844 Wegberg
* 3. 9. 1946

82 Jahre

Dr. Josef Bauer
Viehhofstraße 6
52066 Aachen
* 20. 7. 1924

Dr. Wolfgang Knipfer
Von-Harff-Straße 9
52249 Eschweiler
* 21. 7. 1924

Dr. Richard Stockem
Im Weingarten 20
52074 Aachen
* 8. 9. 1924

84 Jahre

ZÄ Erika Weegen
Kirchstraße 52
41849 Wassenberg
* 8. 8. 1922

91 Jahre

ZA Peter Schumacher
Breitenbend 2
52355 Düren
* 10. 8. 1915

Bezirksstelle Düsseldorf

50 Jahre

ZÄ Jolanta Wolska
Eugen-Richter-Straße 53
40470 Düsseldorf
* 7. 8. 1956

Dr. Gabriele Diedrichs
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
* 23. 8. 1956

Dr. Peter Bongartz
Delrath Straße 18 a
41541 Dormagen
* 3. 9. 1956

WIR GRATULIEREN

Dr. Walter Wochner
Eduard-Schloemann-Straße 33
40237 Düsseldorf
* 3. 9. 1956

60 Jahre

Dr. Uwe Garrels
Bahnstraße 30
42781 Haan
* 26. 7. 1946

Dr. Siegmund Kahl
Breslauer Straße 20
40880 Ratingen
* 19. 8. 1946

ZA Rudolf Kinder
Gerhardstraße 29
40878 Ratingen
* 28. 8. 1946

Dr. Wolfgang Köhrer
Adolf-Flecken-Straße 10
41460 Neuss
* 8. 9. 1946

Dr. Barbara Grüne
Breidenhofer Straße 22
42781 Haan
* 14. 9. 1946

65 Jahre

Dr. Farhad Sadigh
Grafenberger Allee 140
40237 Düsseldorf
* 31. 7. 1941

ZA Rolf Oechtering
Henkelstraße 9
40589 Düsseldorf
* 8. 9. 1941

70 Jahre

Dr. Dieter Prell
c/o Seb. Prell
Weberstraße 104
41464 Neuss
* 8. 8. 1936

75 Jahre

ZA Jörn Hückels
Meerbuscher Straße 44
40670 Meerbusch
* 22. 7. 1931

81 Jahre

Dr. Jutta-Maria Engelmann
Richard-Wagner-Straße 21
40724 Hilden
* 29. 8. 1925

82 Jahre

Dr. Paul Michael Jungheim
Markgrafenstraße 53
40545 Düsseldorf
* 1. 8. 1924

Dr. Brigitte
Marquardt-Czogalla
Artusstraße 21
40470 Düsseldorf
* 4. 9. 1924

ZA Henry Robert Helbig
Im Wiesengrund 11
40670 Meerbusch
* 11. 9. 1924

84 Jahre

Dr. Hans Lauterbach
Holbeinstraße 9
42781 Haan
* 17. 7. 1922

ZA Josef Kaiser
Bittweg 1
40225 Düsseldorf
* 18. 7. 1922

Dr. Kurt Wick
Frankfurter Weg 5
41564 Kaarst
* 28. 8. 1922

86 Jahre

Dr. Radu Dascalescu
Gerberstraße 27
41515 Grevenbroich
* 24. 8. 1920

87 Jahre

ZA Horst Schmidt
Bockumer Straße 57
40489 Düsseldorf
* 10. 8. 1919

89 Jahre

ZA Jakob Gerlach
Ahornweg 13
40764 Langenfeld
* 21. 7. 1917

90 Jahre

Dr. Barbara Wenzel
Cloerbruchallee 19
47877 Willich
* 14. 8. 1916

ZA Kurt Ziegler
Cranachstraße 119
41466 Neuss
* 12. 9. 1916

93 Jahre

Dr. Hans Rützel
Wilhelm-Kienzl-Straße 24
40593 Düsseldorf
* 1. 9. 1913

94 Jahre

Dr. Franz Unger
Kruppstraße 23
40227 Düsseldorf
* 17. 7. 1912

Dr. Elisabeth
Conrady-Pippert
Bahnhofstraße 59
40883 Ratingen
* 1. 9. 1912

Bezirksstelle Duisburg

50 Jahre

Dr. Herbert Hülsken
Heidestraße 91–93
45476 Mülheim
* 22. 8. 1956

ZA Michael Fox
Sterkrader Straße 188
46539 Dinslaken
* 29. 8. 1956

Dr. Andreas Schwarz
Goebenstraße 155
46045 Oberhausen
* 9. 9. 1956

Dr. Elke Paulke
Pöttkamp 20
46514 Schermbeck
* 11. 9. 1956

60 Jahre

Dr. Peter-Michael Dröge
Nikolaus-Groß-Straße 10
46535 Dinslaken
* 1. 9. 1946

70 Jahre

Dr. Johanna Olesch
Rottebuschstraße 53
46117 Oberhausen
* 19. 8. 1936

75 Jahre

ZÄ Marlies Junghans
Im Isselgrund 27
46499 Hamminkeln
* 12. 8. 1931

80 Jahre

Dr. Werner Kortenkamp
Raiffeisenstraße 110
47259 Duisburg
* 3. 9. 1926

81 Jahre

Dr. Hermann Gossen
Bleekstraße 37
47166 Duisburg
* 21. 8. 1925

82 Jahre

ZA Herbert Todt
Amundsenweg 72
45472 Mülheim
* 7. 8. 1924

Dr. Jutta Kober
Am Alten Busch 10
46485 Wesel
* 12. 8. 1924

85 Jahre

Dr. med. (R) Dott. (I)
Marcel Jancu
Kieler Straße 25
45481 Mülheim
* 27. 7. 1921

Dr. Wilhelm Passing
Bismarckstraße 78
46535 Dinslaken
* 27. 8. 1921

87 Jahre

Dr. Dr. rer. oec. Kurt Kotthaus
Weißenburger Straße 8
45468 Mülheim
* 30. 8. 1919

Dr. Dr. Günter Kuhn
Unter den Ulmen 73
47137 Duisburg
* 10. 9. 1919

92 Jahre

Dr. Else Jonas-Plitt
Friedrich-Wilhelm-Straße 89
47051 Duisburg
* 30. 7. 1914

**Bezirksstelle
Essen**

50 Jahre

Dr. Angelika Kuschnik
Graf-Bernadotte-Straße 6
45133 Essen
* 14. 8. 1956

Dr. Ahmad Elahi Doust
Kaiser-Otto-Platz 8
45276 Essen
* 31. 8. 1956

60 Jahre

Dr. (H) Kornelius Igler
Einigkeitsstraße 10 a
45133 Essen
* 17. 7. 1946

ZA Gündüz Giresunlu
Kettwiger Straße 24
45127 Essen
* 20. 7. 1946

Dr. Norbert W. Klaus
Dreiringstraße 22
45276 Essen
* 28. 8. 1946

80 Jahre

ZA Heinz Filthaut
Im Kirchspiel 1
45276 Essen
* 4. 9. 1926

83 Jahre

ZA Nejmettin Tosalı
Barkhovenhöhe 35
45239 Essen
* 6. 9. 1923

93 Jahre

ZA Theodor Hullmann
Mülheimer Straße 85
45145 Essen
* 19. 7. 1913

**Bezirksstelle
Köln**

50 Jahre

ZA Michael Krone
Krähenweg 40
50997 Köln
* 29. 7. 1956

Dr. medic stom. (R)
Clara Veres
Dönhoffstraße 5
51373 Leverkusen
* 2. 8. 1956

Dr. medic stom./IMF Klausenb.
Sinkenesh Mamo-Franchi
Mittelstraße 2
50169 Kerpen
* 17. 8. 1956

ZA Paul Ernst Bergerhoff

Leonhardsgasse 8
50859 Köln
* 19. 8. 1956

ZA Azar Naddaf
Johannes-Müller-Straße 2
50735 Köln
* 25. 8. 1956

Dr. Heinz-Peter Olbertz
Friedrichstraße 3
53842 Troisdorf
* 4. 9. 1956

Dr. Bernhard Rödiger
Graurheindorfer Straße 96
53117 Bonn
* 8. 9. 1956

Dr. Klaus Alfons Mombeck
Langgasse 1
53359 Rheinbach
* 9. 9. 1956

Dr. Jens-Michael Hansen
Siegburger Straße 308
51105 Köln
* 10. 9. 1956

Dr.med.dent. (R)
Caren Neuhausen
Dieringhauser Straße 3–3 a
51645 Gummersbach
* 15. 9. 1956

60 Jahre

Dr. Rolf Aichinger
Dörler Straße 18
51789 Lindlar
* 24. 7. 1946

Dr. Gerhard Pittrof
Konrad-Adenauer-Straße 90
53343 Wachtberg
* 26. 7. 1946

Dr. Dietmar Zimmermann
Münstereifeler Straße 29
53359 Rheinbach
* 28. 7. 1946

Dr. Wolfgang Rinke
Platanenallee 4
50169 Kerpen
* 30. 7. 1946

Dr. Hans-Peter
Rodatus-Petrewitz
Am Zehnthof 21
50259 Pulheim
* 6. 8. 1946

Dr. Reinhard Behrend
Dellbrücker Straße 272
51469 Bergisch Gladbach
* 21. 8. 1946

ZA Hans-Martin Anspach
Meckenheimer Allee 143
53115 Bonn
* 25. 8. 1946

Dr. Klaus Künkel
Uhlandstraße 1
51379 Leverkusen
* 7. 9. 1946

Dr. Titus Nolte
Elisenstraße 15
50667 Köln
* 9. 9. 1946

65 Jahre

Dr. Inge Karin Blaha
Gartenstraße 58
50170 Kerpen
* 18. 7. 1941

Dr. Stephanie Lingener
Zedernweg 130
53757 Sankt Augustin
* 5. 8. 1941

ZA Wilfred Streiber
Römerstraße 367
53117 Bonn
* 8. 8. 1941

ZA Zenon Walachowski
Stettiner Straße 4
50181 Bedburg
* 2. 9. 1941

Dr. Barbara Siebels
Dörrenbergplatz 10
51766 Engelskirchen
* 13. 9. 1941

70 Jahre

ZA Ludwig Ertz
Vochemer Straße 9
50321 Brühl
* 20. 7. 1936

Dr. Helga Bodenschatz
Kardinal-Schulte-Straße 23
51429 Bergisch Gladbach
* 9. 8. 1936

80 Jahre

Dr. Fritz Liermann
Auf dem Schmitzenbusch
53639 Königswinter
* 19. 8. 1926

Dr. Reinhard Joergens
Friedrichstraße 6
42929 Wermelskirchen
* 2. 9. 1926

Dr. Claus Schuppert
Karl-Philipp-Straße 1
51429 Bergisch Gladbach
* 13. 9. 1926

82 Jahre

Dr. Theo Heibach
Am Löhe 24
51503 Rösrath
* 31. 7. 1924

Dr. Paul Saatzten
Aachener Straße 1355
50859 Köln
* 31. 7. 1924

ZÄ Dorothea Beyer
Raffaelpplatz 8
53844 Troisdorf
* 3. 8. 1924

ZA Willi Bertram
Wesselheideweg 75
53123 Bonn
* 11. 8. 1924

ZÄ Hannelore
Wegener-Reinking
Siebengebirgsstraße 18
53604 Bad Honnef
* 12. 8. 1924

Dr. Margarete Schubert
Goldammerweg 203
50829 Köln
* 14. 9. 1924

83 Jahre

Dr. Margret Eichler
Plittersdorfer Straße 51
53173 Bonn
* 29. 8. 1923

Dr. Hubertus von Schwerin
Theresienweg 9
53125 Bonn
* 31. 8. 1923

Dr. Karl-Hermann Moll
Haehner Weg 58
51580 Reichshof
* 4. 9. 1923

Dr. Hedwig Paulsen
Grafenwerthstraße 33
50937 Köln
* 14. 9. 1923

84 Jahre

ZÄ Brunhild Müller-Kittnau
Goetheallee 20
53225 Bonn
* 3. 9. 1922

85 Jahre

Dr. Manfred Heynisch
Westerwaldstraße 84
50997 Köln
* 23. 7. 1921

Dr. Herbert Talkenberger
Am Schloßbach 18
53125 Bonn
* 20. 8. 1921

87 Jahre

Dr. Marianne Zipf
Am Frankenhain 16
50858 Köln
* 31. 8. 1919

88 Jahre

ZA Mikulas Hron
Von-Quadt-Straße 68
51069 Köln
* 22. 8. 1918

91 Jahre

ZA Werner Kohler
Neuer Grüner Weg 25
50933 Köln
* 21. 7. 1915

Dr. Friedrich Wilhelm
Hemes
Merler Allee 31
53125 Bonn
* 18. 8. 1915

92 Jahre

ZA Paul Tilgner
Kölner Straße 12
53902 Bad Münstereifel
* 25. 7. 1914

95 Jahre

Dr. Karl Leifheit
Kennedy Allee 16
53175 Bonn
* 28. 7. 1911

ZA Eduard Servet
Schumannstraße 76
53113 Bonn
* 5. 8. 1911

Bezirksstelle Krefeld

50 Jahre

Dr. Wolfgang Thur
Dionysiusstraße 2 a
47798 Krefeld
* 20. 7. 1956

ZÄ Barbara Ziemski
Linsellesstraße 7
47877 Willich
* 28. 7. 1956

Dr. Ursula Hegner
Eickener Straße 282
41063 Mönchengladbach
* 13. 8. 1956

Dr. Rolf Peters
Am Steintor 4 – 8
47574 Goch
* 15. 8. 1956

60 Jahre

Dr. Werner Baank
Grenzallee 59
47533 Kleve
* 25. 7. 1946

65 Jahre

Dr. Gangolf Ingenpass
Am Holzbruch 24
47802 Krefeld
* 9. 8. 1941

Dr. Burga Becker
Kuckucksweg 7
47475 Kamp-Lintfort
* 25. 8. 1941

Dr. Uwe Beyer
Marktstraße 134
47798 Krefeld
* 28. 8. 1941

80 Jahre

ZA Hans Klostermann
Südstraße 13
47441 Moers
* 27. 7. 1926

Dr. Heinz Wilhelm Pelser
Von-Brempt-Straße 7
47829 Krefeld
* 6. 9. 1926

83 Jahre

Dr. Günter Eulenpesch
Gleiwitzer Straße 18
41751 Viersen
* 26. 8. 1923

93 Jahre

ZA Wilhelm Röttges
Tönisberger Straße 41
47839 Krefeld
* 15. 8. 1913

Bezirksstelle Bergisch-Land

60 Jahre

Dr. Dieter Fabisiak
Holunderweg 52
42111 Wuppertal
* 22. 7. 1946

ZÄ Dorothea Dinger
Scottweg 34
42329 Wuppertal
* 31. 7. 1946

ZA Peter Jürgen Fuchs
Schneppendahler Weg 8
42897 Remscheid
* 21. 8. 1946

65 Jahre

Dr. Maria Jones
Höhenstraße 2
42111 Wuppertal
* 15. 8. 1941

75 Jahre

ZA Klaus Hollweg
Am Freudenberg 43
42119 Wuppertal
* 6. 9. 1931

81 Jahre

Dr. Alfred Lönne
Talstraße 15
42115 Wuppertal
* 29. 8. 1925

Dr. Egon Bertram
Vockerter Straße 35
42657 Solingen
* 10. 9. 1925

82 Jahre

ZA Hanns Joachim Frese
Lübecker Straße 21
42109 Wuppertal
* 30. 8. 1924

Dr. Hans Stöcker
Nächstebrecker Busch 44
42279 Wuppertal
* 5. 9. 1924

90 Jahre

ZA Herbert Dicke
Bergstraße 30
42105 Wuppertal
* 4. 9. 1916

93 Jahre

Dr. Dora Eichentopf
Konrad-Adenauer-Straße 15
42853 Remscheid
* 3. 8. 1913

Falls Sie eine
Veröffentlichung Ihrer
Personalien in dieser Rubrik
nicht wünschen, rufen Sie
bitte
Frau Paprotny an,
Tel. 02 11 / 5 26 05 23

WIR TRAUERN

Bezirksstelle Duisburg

ZA Heinz-Gregor Schwake
King's-Lynn-Str. 7
46446 Emmerich
* 18. 2. 1923
† 27. 5. 2006

Bezirksstelle Essen

Dr. Gerd Stemmer
Spillheide 84
45239 Essen
* 12. 5. 1921
† 7. 6. 2006

Bezirksstelle Köln

ZA Willy Zwecker
Raschdorffstr. 13
50933 Köln
* 25. 5. 1926
† 5. 5. 2006

Oberstarzt a. D.
Dr. Horst Rohweder
Thüringer Allee 27
53757 Sankt Augustin
* 25. 6. 1931
† 22. 5. 2006

ZÄ Anneliese Kroke
Auf der Schützeneich 6
51399 Burscheid
* 11. 6. 1912
† 1. 6. 2006

ZA Klaus Dieter Kraemer
Geschwister-Scholl-Str. 10–12
50347 Erftstadt
* 22. 1. 1925
† 14. 6. 2006

Bezirksstelle Krefeld

Dr. Karl Hientzsch
Benediktiner Str. 33
41.63 Mönchengladbach
* 19. 8. 1918
† 21. 5. 2006

Impressum

48. Jahrgang

Offizielles Organ und amtliches Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Lindemannstraße 34-42, 40237 Düsseldorf

Herausgeber:

Dr. Peter Engel für die Zahnärztekammer Nordrhein und Zahnarzt Ralf Wagner für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktionsausschuss:

Dr. Rüdiger Butz, Rolf Hehemann, ZA Martin Hendges

Redaktion:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Dr. Uwe Neddermeyer, Telefon (02 11) 9 68 42 17, Fax (02 11) 9 68 43 32, E-Mail: rzb@kzvnr.de

Zahnärztekammer Nordrhein, Susanne Paprotny, Telefon (02 11) 5 26 05 22, Fax (02 11) 5 26 05 21, E-Mail: rzb@zaek-nr.de.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder.

Bei Leserbriefen behält sich die Redaktion das Recht vor, sie gekürzt aufzunehmen. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion.

Verlag, Herstellung und Anzeigenverwaltung:

VVA Kommunikation, Höherweg 278, 40231 Düsseldorf, Telefon (02 11) 73 57-0

Anzeigenverwaltung: Telefon (02 11) 73 57-5 68, Fax (02 11) 73 57-5 07

Anzeigenverkauf: Petra Hannen, Telefon (02 11) 7357-633, E-Mail: p.hannen@vva.de

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 37 vom 1. Oktober 2003 gültig. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Der Bezugspreis für Nichtmitglieder der Zahnärztekammer Nordrhein beträgt jährlich 38,50 € (inkl. 7 Prozent Mehrwertsteuer). Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen.

ISSN-NR. 0035-4503

Nachruf

Oberstarzt a. D. Dr. Horst Rohweder

Oberstarzt a. D. Dr. Horst Rohweder, bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand am 30. September 1991 Referatsleiter Zahnmedizin in der ehemaligen Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, ist am 22. Mai 2006 nach kurzer, schwerer Erkrankung verstorben.

Am 25. Juni 1931 in Siebenbüumen, Schleswig-Holstein, geboren, wuchs er in Bayern auf, machte in Augsburg das Abitur und studierte in München Zahnmedizin. Nach der Approbation 1956 sammelte er seine ersten beruflichen Erfahrungen als Assistent in den Abteilungen Chirurgie und Zahnärztliche Prothetik der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität München, wo er 1957 promovierte.

Im Oktober 1959 trat er als Stabsarzt in die Bundeswehr ein, wo er bis 1977 in der zahnärztlichen Versorgung der Soldaten der Bundeswehr an verschiedenen Standorten im In- und Ausland tätig war, bis er dann im Dienstgrad Oberfeldarzt als Abteilungsleiter Führung, Organisation und Ausbildung ins Fachkommando Generalarzt der Luftwaffe wechselte. 1981 wurde Dr. Rohweder Referent und ein Jahr später Leiter des Referats InSan I 6 Zahnmedizin in der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens im Bundesministerium der Verteidigung, wo er 1982 zum Oberstarzt befördert wurde.

Als Referatsleiter war er für ministerielle Grundsatzfragen der zahnärztlichen Versorgung verantwortlich, so stammte

neben vielen anderen Erlassen eine Neufassung der Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung der Soldaten der Bundeswehr aus seiner Feder. Gleichfalls wird auch die Einführung eines einheitlichen Meldewesens im zahnärztlichen Dienst der Bundeswehr und die Herausgabe eines „Handbuches Individualprophylaxe“ mit seinem Namen verbunden bleiben. Im Juni 1989 wurde er vom Bundesminister der Verteidigung für seine herausragenden Leistungen mit dem Ehrenkreuz der Bundeswehr in Gold ausgezeichnet.

Außerhalb der Bundeswehr hat sich Oberstarzt Dr. Rohweder als Leiter einer Arbeitsgruppe in der Commission on Defence Forces Dental Services (CDFDS) der Fédération Dentaire Internationale (FDI) großes Ansehen erworben, u. a. mit einem im International Dental Journal veröffentlichten Bericht zum Thema „Effects of Drugs used in Dental Practice on Flying and Diving Personal“, der sich mit den Auswirkungen der bei der zahnärztlichen Behandlung angewandten Arzneimittel auf fliegerisches und Tauchpersonal umfassend auseinandersetzt. Dr. Rohweder gehörte dem Vorstand dieser Militärkommission von 1985 bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand 1991 als Mitglied an.

Im Anschluss an seine Dienstzeit als Sanitätsoffizier wurde Dr. Rohweder 1992 vom Bundesverband der Deutschen Zahnärzte gebeten, sich für die Betreuung der Sekretariate Wissen-



Oberstarzt a. D. Dr. Horst Rohweder

schaft, Verteidigungskräfte und Hilfspersonal im Organisationskomitee des FDI-Kongresses 1992 in Berlin zur Verfügung zu stellen. Diese zirka neun Monate währende Aufgabe löste er mit Hingabe und großem Erfolg. In Anerkennung seiner nicht nur dabei erworbenen Verdienste um die internationale Zusammenarbeit wurde er 1992 mit der goldenen Ehrennadel der Bundeszahnärztekammer ausgezeichnet.

Oberstarzt a. D. Dr. Rohweder war bei allen, die ihn kennen lernen durften, durch seine ausgeglichene, freundliche und zuvorkommende Art beliebt und fachlich anerkannt. Sein Tod, kurz vor Vollendung des 75. Lebensjahres, kam für uns alle völlig überraschend und unerwartet.

Die Trauer und das Mitgefühl der Angehörigen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und vor allem des Zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr gelten seiner Ehefrau – ihm selbst werden wir stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Gerd Schindler
Bundesministerium der Verteidigung



**Das Kursprogramm für die zweite Jahreshälfte 2006
ist auch im Internet verfügbar!**

www.zaek-nr.de

Karl-Häupl-Institut

**Sie können das vollständige Fortbildungsangebot
einsehen und direkt online buchen.**

Vertreterversammlung der apoBank

Rückblick auf das erfolgreichste Jahr

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) konnte im Geschäftsjahr 2005 an die erfolgreiche Entwicklung der Vorjahre mit einer weiteren Ertragssteigerung anknüpfen.

Vorstandssprecher Günter Preuß präsentierte auf der Vertreterversammlung am 9. Juni 2006 in Neuss das Teilbetriebsergebnis vor Risikovorsorge mit den Worten: „Mit 259,1 Millionen Euro haben wir das Ergebnis des Vorjahres nicht nur um 25 Millionen Euro überschritten, sondern auch einen zweistelligen Zuwachs – wie nur wenige Banken – von 10,7% und damit das bisher beste Ergebnis der Bank erzielt.“

Entscheidend dazu beigetragen habe der Anstieg des Zinsüberschusses um 19 Millionen auf 465,4 Millionen Euro. Dies habe jedoch nichts mit der Preispolitik der Bank zu tun, was auch der weitere Rückgang der Zinsspanne belege, sondern beruhe auf dem anhaltend kräftig expandierenden Kreditgeschäft infolge des weiteren Zustroms neuer Kunden. Zudem sei der Zinsüberschuss durch erfolgreiche derivative Globalabsicherungen der Zinspositionen verbessert worden.

Durch konsequente Optimierung interner Abläufe und Prozesse sei die Kos-

tenentwicklung in Grenzen gehalten worden – trotz weiterer Personaleinstellungen und einer Verdichtung der Präsenz vor Ort durch neue Geschäftsstellen. Der Verwaltungsaufwand sei lediglich um 4,6% auf 324,1 Millionen Euro angestiegen. „Unsere Erträge wachsen also doppelt so stark wie unsere Kosten; wir nennen das schlicht qualitatives Wachstum“, so der Vorstandssprecher. Wie effizient die Bank arbeitet, machte Preuß an der weiteren Verbesserung der Aufwandsrentabilität von 57,9% in 2004 auf 56,5% im Berichtsjahr deutlich.

Dass die Risikovorsorge trotz des kräftig ausgeweiteten Darlehensvolumens verringert werde, bedeute keinesfalls eine unkritischere Haltung bei der Risikoeinschätzung. Das bankinterne, auf Basel II ausgerichtete Rating ermögliche es, die Ausfallrisiken sehr viel präziser und früher zu bestimmen als in der Vergangenheit und insofern auch die Risikovorsorge genauer zu bemessen. Aus der Hebung stiller Reserven im Zuge des Rechtsformwechsels der WGZ-Bank seien der apoBank außerordentliche Erträge zugeflossen, die zur Stärkung der Reserven verwendet wurden. Der Bilanzgewinn in Höhe von 105 (Vorjahr: 89,6) Millionen Euro wird – so der Beschluss der Vertreterversammlung – zur Ausschüttung einer unveränderten hohen Dividende von sechs Prozent und zur Rücklagenzuführung ver-

wendet. Damit stehen der Bank knapp 2,6 Milliarden Euro als haftendes Eigenkapital zur Verfügung, was einer Eigenkapitalquote von 11,7% entspricht.

Die Zahl der Kunden habe sich im vergangenen Jahr um 11 500 auf 289 000 erhöht. Dieser Zugang an Neukunden und die damit verbundene Ausweitung des Darlehensneugeschäfts habe wesentlich zum Anstieg der Bilanzsumme um 8,4% auf 29,6 Milliarden Euro beigetragen. Wenngleich nicht die Quantität zähle, sondern die Qualität, so nehme man doch gern zur Kenntnis, dass die apoBank inzwischen seit mehr als 30 Jahren die Spitzenposition als größte genossenschaftliche Primärbank einnehme.

Bei seiner mit viel Beifall bedachten Rede sparte Preuß auch nicht mit kritischen Anmerkungen zur Bundesregierung. Besorgt meinte er: „Dem aktuellen Regierungsbündnis winkt die historische Chance zu einem großen Wurf. Hoffentlich ist den Verantwortlichen von Union und SPD auch bewusst, dass diese Chance nicht in einer Kaskade von Kompromissen enden darf.“

Mit besonderer Aufmerksamkeit wurden die Ausführungen zur Gesundheitspolitik verfolgt. Als Alternative zu dem bestehenden Gesundheitssystem, das das Mittelmaß ebenso wie die Bürokratie fördere und junge Leistungsträger abschrecke, zeigte Preuß ein Modell auf, „das einen niedrigeren, aber verbindlichen Mindeststandard für die Versorgung setzt, das Wettbewerb bei Leistung und Preisen nicht verhindert, sondern anspricht, dass Patienten und Ärzten die Freiheit der Wahl von Versorgungsstufen gibt und sie nicht in die Falle einer systemimmanenten Rationierung tappen lässt“.

ZITAT

„Niemand hat so schöne Zähne wie ich.“

Ronaldinho,
WZ, 21. 6. 2006



Wir bringen Sie ins Internet!

@rztfocus

Sichern Sie Ihren Erfolg langfristig mit ihrer eigenen Webseite.

Unterlagen noch heute anfordern!

Über 150 000 Ärzte sind in unserem Suchregister bereits eingetragen.

Registrieren Sie sich kostenlos.

@rztfocus

Kortumstr. 49 · 44787 Bochum

Tel. 0 18 05 / 12 01 10 (12 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz)

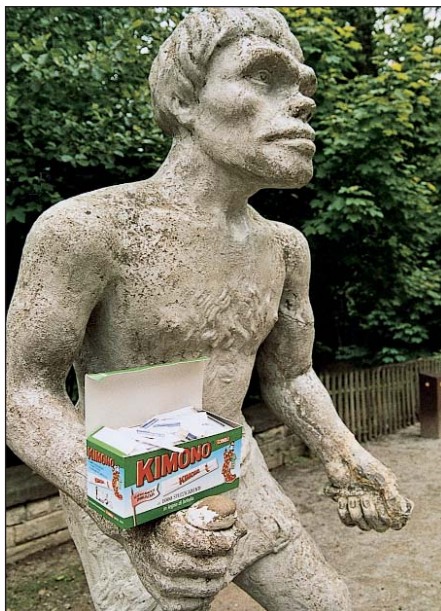
www.arztfocus.de

150 Jahre Neandertaler

Zahnstocher
statt Keule

Die gedrungene Gestalt mit der Keule in der rechten, dem Faustkeil in der linken Hand ist weithin bekannt. Eine Plastik aus den 20er-Jahren, die an der Einfahrt zum Neanderthalmuseum Mettmann steht, gibt das populäre Bild des Neandertalers wieder. Jetzt schon seit 150 Jahren setzt es sich aus den gleichen Stereotypen zusammen: gebückte Körperhaltung und Keule. Alles falsch, sagen die Wissenschaftler in Mettmann und haben demonstrativ Keulen an die Decke des Museums und somit an den Nagel gehängt: Die gebückte Körperhaltung geht auf eine erste – falsche – Skelettrekonstruktion zurück, für die Keule gibt es keinen einzigen archäologischen Nachweis.

Historisch weitaus korrekter wäre es, hätte der Bildhauer dem Neandertaler einen Zahnstocher in die Hand gegeben. Wissenschaftliche Analysen beweisen nämlich, dass die Neandertaler ihre Zähne gründlich mit Holzstäbchen gepflegt haben. In Mettmann und anderen Fundplätzen in ganz Europa wurden Zähne ausgegraben, die an den Bereichen kurz oberhalb des Zahnfleisches Spuren eines feinen Abriebs aufweisen. Mikroskopische Untersuchungen zei-



Mikroskopische Untersuchungen erhaltener Zähne belegen, dass die Neandertaler Zahnstocher benutzten. Deshalb verteilt das Neanderthal-Museum in Mettmann 250 000 „Urzahnbürsten“ (Zahnstocher) als Werbemittel.



Fotos: Neddermeyer

gen, dass dies Spuren der Reinigung der Zahnzwischenräume sind. In manchen Fällen sind sogar deutliche Rillen entstanden, die mit bloßem Auge zu erkennen sind.

Im Neandertal stießen Bergarbeiter im August 1856 auf 16 Knochen, die unser Weltbild verändern sollten. Anfangs wurden die aus dem Steinbruch geborgenen Gebeine zwar für Überreste eines Höhlenbären gehalten und achtlos entsorgt. Spätere Interpretationen reichten von einem „geistig minderbemittelten Menschen“ über einen „Kelten“ bis hin zum „Kosaken, der in der Höhle Schutz

vor den Truppen Napoleons suchte“. Der Lehrer und Naturforscher Johann Carl Fuhlrott und der Bonner Anatom Hermann Schaaffhausen erkannten dagegen Überreste eines urtümlichen Menschen – Auslöser für eine international kontrovers geführte Diskussionen, aber auch der Beginn der unaufhaltsamen Erforschung der Menschwerdung. Unter dem Motto „Neandertaler & Co“ feiern jetzt gleich drei Ausstellungen in Mettmann, Herne und Bonn das Jubiläum des epochalen Fundes.

Hautnah im Neandertal

Das am Namen gebenden Fundort gebaute Museum in Mettmann präsentiert bis zum 24. September 2006 die Ausstellung „Hautnah. Neanderthaler“. Im Foyer steht der Jubilar während der WM als Fußballfan verkleidet am Eingang und empfängt seine Gratulanten. Die jüngste Rekonstruktion des Neandertalers ist eher klein, aber kräftig gebaut, trägt das Haar hinten lang und kneift die Augen beim Lächeln zusammen. Lässig auf einen Speer gestützt blickt er in die Gesichter verblüffter Besucher. In der Fankurve mancher Stadien kann man gefährlicher aussehenden Zeitgenossen begegnen.

Ergänzend zur umfassenden Dauerausstellung (vgl. RZB 9/2002, S. 504) werden im Neanderthal-Museum die verschiedenen Methoden der wissenschaftlichen Rekonstruktion gezeigt, vom anatomischen Muskelaufbau bis hin zu modernsten digitalen Techniken.



Ein Neandertaler im Anzug: der jüngste Versuch in der langen Kette von Rekonstruktionen, die in Mettmann gezeigt werden.



Begrüßt die Besucher während der WM im Foyer in Mettmann: Neandertaler als Fußball-Fan! Die Figur ist die neueste Rekonstruktion des Neandertalers aus der Werkstatt des niederländischen Künstlerpaares Alfons und Adrie Kennis.



Erstmals kann das nach den originalen Funden rekonstruierte Gesicht des Neandertalers bewundert werden. Die originalen Schädelknochen wurden mittels einer Computertomographie gescannt, fehlende Teile des Gesichtes durch Spiegelung oder durch Daten des sehr ähnlichen französischen Neandertalers La Ferrassie 1 ersetzt.



Seit 1877 ist das berühmte Skelett des Neandertalers im Besitz des Rheinischen Landesmuseums in Bonn.

Foto: Rheinisches Landesmuseum

starb, das Highlight der Ausstellung „Klima und Mensch. Leben in Extremen“, die ebenfalls im Mai im Westfälischen Museum für Archäologie in Herne eröffnet wurde. Auf 900 Quadratmetern zeigt die Mammutschau, wie sich Tiere, Pflanzen und der Mensch auf allen Kontinenten an die unterschiedlichsten Temperaturen anpassen konnten. Bis hin zu aktueller UV-Schutzklei-

dung aus Australien reicht die Palette. In „Klimakammern“ können Besucher ihre Anpassungsfähigkeit bei (simulierten) Staubstürmen oder Überflutung testen.

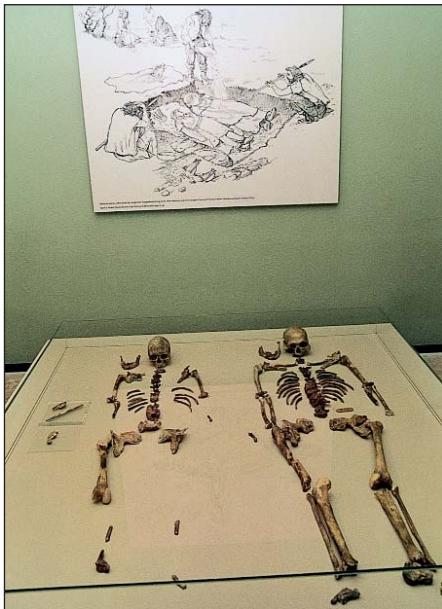
Erheiternd sind Sammlungen von mehr oder minder künstlerischen und mehr oder minder wissenschaftlichen Rekonstruktionen und Darstellungen des Frühmenschen. Ein weiterer Teil der Sonderausstellung versucht, dem Besucher das individuelle Schicksal von Neandertalern nahe zu bringen. Stellvertretend für jedes Lebensalter wird die Geschichte eines bestimmten Knochenfundes erzählt: das Sterbealter, das Aussehen zu Lebzeiten, Krankheiten und Todesursache. Zum Schluss kann man mit Hilfe von Computer-Morphing sehen, wie man selbst, aber auch etwa Angela Merkel oder die Queen, als Neandertaler ausgesehen hätte.

Leben in Extremen in Herne

Neben dem ältesten vollständig erhaltenen Bogen der Welt aus Dänemark ist das Mammutbaby Dima, das vor rund 35 000 Jahren in der russischen Tundra



Anschaulichkeit prägt die Bonner Ausstellung. Rekonstruktion: W. Schnaubelt & N. Kieser, Atelier Wild Life Art.



Wird in Bonn gezeigt: der nach dem Neanderthaler älteste frühmenschliche Skelettfund im 13 000 Jahre alten Grab von Bonn-Oberkassel.

Wurzeln der Menschheit in Bonn

Seit 1877 ist das berühmte Skelett des Neandertalers im Besitz des Rheinischen Landesmuseums in Bonn. Des-

halb wird das Jubiläum auch hier mit einer großen Ausstellung gefeiert: „ROOTS. Wurzeln der Menschheit“ zeigt die Originalfunde in bisher weltweit noch nie da gewesener Fülle. Neandertaler und deren Vorfahren wurden aus der ganzen Welt zusammengetragen, ausgehend von antiken Schöpfungsmythen aus Europa, Asien und Afrika führt die Ausstellung zu den „Wurzeln der Menschheit“. Sie reicht vom ersten Primaten und dem Punkt, an dem sich Affen und Menschen trennten, bis hin zum modernen Homo sapiens und zum aufrechten Gang, der uns bis heute kennzeichnet. Aber auch Nebenlinien wie der 1,8 Millionen Jahre alte, mit einem extrem starken Kiefer ausgestattete „Nussknackermensch“ aus Tansania sind zu bestaunen.

Wie sahen unsere Vorfahren aus? In Bonn gibt es auf diese Frage eine High-Tech-Antwort. Mit Hilfe eines Computertomografen, Lasertechnik und Spezialkunststoff wurde hierzu aus französischen und deutschen Funden ein dreidimensionales Modell erstellt. „Unsere Weichteil-Rekonstruktion gibt dem Neandertaler einen Teil seiner Persönlich-

keit zurück“, sagt Christoph Zollikofer, der an der Rekonstruktion beteiligt war. Auf jeden Fall gibt sie unserer Vorstellung vom gebückten Keulenschwinger im wahrsten Sinn des Worts ein neues sehr pausbäckiges und knubbelnasiges Gesicht.

Dr. Uwe Neddermeyer

Hautnah. Neanderthaler

(bis 24.9.2006)
Neanderthal Museum
Talstraße 300, 40822 Mettmann
Erwachsene: 7,50 Euro
Familien: 15 Euro, Kinder/Jugendliche/Studenten: 5 Euro

Klima und Mensch.

Leben in Extremen

(bis 30. 5. 2007)
Westfälisches Museum für Archäologie, Europaplatz 1, 44623 Herne
Erwachsene: 3,50 Euro
Kinder und Jugendliche: 2 Euro

Roots – Wurzeln der Menschheit

(bis 19. 11. 2006)
Rheinisches Landesmuseum Bonn
Colmantstraße 14–18, 53115 Bonn
Erwachsene: 5 Euro
Kinder/Jugendliche: 2 Euro.

Gegrilltes Rinderfilet auf grünem Spargel

Zutaten für vier Personen:

- 4 Rinderfilets (je 200 g)
- 20 Stangen grüner Spargel
- 400 g Pfifferlinge
- 125 g Cherrytomaten
- 12 kleine neue Kartoffeln
- 8 Schalotten
- 4 Knoblauchzehen
- 4 Bund Schnittlauch
- 2 Bund glatte Petersilie
- Olivöl
- Butter
- Salz, Zucker, schwarzer Pfeffer

Zubereitung

Die Kartoffeln (mit Schale) waschen und kochen. Die Pfifferlinge putzen. Den grünen Spargel und die Cherrytomaten waschen und putzen. Die Schalotten schälen und in feine Würfel schneiden. Den Schnittlauch schneiden, die Petersilie waschen und fein hacken.

Den Spargel in Alufolie bei 300 Grad 35 bis 40 Minuten im Ofen garen oder alternativ kochen.



Fotos: Butz

Das Rinderfilet mit Salz und Pfeffer würzen und zusammen mit den ungeschälten Knoblauchzehen in der Grillpfanne langsam medium braten.

Zunächst die geschnittenen Schalotten, anschließend die Tomaten und die Kartoffeln und zuletzt die Pfifferlingen in einer weiteren Pfanne schmoren.

Wenn das Filet den gewünschten Garpunkt erreicht hat, Beilagen abschmecken, mit Petersilie und Schnittlauch bestreuen und unterschwenken. Auf einem vorgewärmten Teller anrichten.

Viel Spaß bei der Zubereitung und guten Appetit!

Dr. Rüdiger Butz

Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten Winter 2006/2007

Gemäß § 7 der Prüfungsordnung der Zahnärztekammer Nordrhein für die Durchführung der Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf „Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnmedizinischer Fachangestellter“ vom 30. November 2001 in der genehmigten Fassung vom 13. März 2003 gibt die Zahnärztekammer Nordrhein den Termin der zentralen **schriftlichen Prüfung** wie folgt bekannt:

Mittwoch, 15. 11 2006

Die **praktischen Prüfungen** bzw. die **mündlichen Ergänzungsprüfungen** sollten bis zum **31. 1. 2007** beendet sein.

Anmeldungen zu dieser Prüfung müssen an die Zahnärztekammer Nordrhein in Düsseldorf bis zum **13. 9. 2006** eingereicht werden. Verspätet und unvollständig eingehende Anträge können wegen der verbindlichen Fristen nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Zulassungsvoraussetzungen sind aus der Prüfungsordnung §§ 8, 9 ff. zu entnehmen.

Eventuell erforderlich werdende Rückfragen bitten wir, an die Hauptverwaltung der Zahnärztekammer Nordrhein in Düsseldorf unter der Rufnummer 02 11 / 5 26 05 16 zu richten.

Zulassungsausschuss Zahnärzte der KZV Nordrhein Sitzungstermine 2006

Mittwoch, 23. August 2006

Mittwoch, 27. September 2006

Mittwoch, 25. Oktober 2006

Mittwoch, 22. November 2006

Mittwoch, 13. Dezember 2006

Anträge auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit müssen vollständig – mit allen Unterlagen – spätestens einen Monat vor der entsprechenden Sitzung des Zulassungsausschusses bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Lindemannstraße 34–42, 40237 Düsseldorf, vorliegen. Sofern die Verhandlungskapazität für einen Sitzungstermin durch die Anzahl bereits vollständig vorliegender Anträge überschritten wird, ist für die Berücksichtigung das Datum der Vollständigkeit Ihres Antrages maßgebend. Es wird deshalb ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine rein fristgerechte Antragsabgabe keine Garantie für eine wunschgemäße Terminierung darstellen kann. Anträge, die verspätet eingehen oder zum Abgabetermin unvollständig vorliegen, müssen bis zu einer der nächsten Sitzungen zurückgestellt werden.

Wir bitten um Beachtung, dass Anträge auf Führen einer Gemeinschaftspraxis und damit verbundene Zulassung ab dem 1. Januar 2002 nur zu Beginn eines Quartals genehmigt bzw. ausgesprochen werden. Auch die Beendigung einer Gemeinschaftspraxis kann nur am Ende eines Quartals vorgenommen werden.

Zahnmedizinische Fachangestellte: Wiedereinstieg in den Beruf

Die Zahnärztekammer Nordrhein bietet auch im Jahr 2006 ehemaligen Zahnarzhelferinnen nach einer mehrjährigen Berufspause die Möglichkeit zum Wiedereinstieg in den erlernten Beruf.

Häufig wird durch Heirat und Kindererziehung die Berufsausübung unterbrochen. Nun erhalten diese Frauen mit dem geplanten „**Reaktivierungskurs**“ eine gute Voraussetzung zur Wiedereingliederung in das Berufsleben. Die Anpassung an das aktuelle Fachwissen ist gerade im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung erforderlich, da sich vor allem in diesem Bereich im Laufe der letzten Jahre vieles geändert hat. In einem **dreiwöchigen Seminar** werden von qualifizierten Fachlehrern im Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein Kenntnisse aus folgenden Gebieten vermittelt:

Abrechnung	55 Unterrichtsstunden
Verwaltungskunde	8 Unterrichtsstunden
Fachkunde	8 Unterrichtsstunden
Parodontologie/ Prophylaxe	5 Unterrichtsstunden
Hygiene	7 Unterrichtsstunden

Über die Teilnahme an dem Lehrgang stellt die Zahnärztekammer Nordrhein eine Bescheinigung aus, eine Prüfung findet nicht statt.

Kursbeginn: Montag, 16. Oktober 2006

Kursende: Montag, 3. November 2006

Kursgebühr: € 400,00

Kursnummer: 06250

Ort: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8
40547 Düsseldorf

Weitere Informationen und Anmeldung:
Zahnärztekammer Nordrhein, Frau Keimes
Tel. 02 11 / 5 26 05 47

E-Mail: keimes@zaek-nr.de oder im Internet unter www.zaek-nr.de – Karl-Häupl-Institut

Dieses Kursangebot ist auch für Zahnmedizinische Fachangestellte geeignet, die ihren Wissensstand in allen Teilgebieten ihres Berufes aktualisieren möchten.

IST DAS NICHT TIERISCH?

Trauerschwan balzt mit Tretboot

Ein Boot und einen Vogel kann man nicht verwechseln, sollte man meinen. Doch genau das ist einem Trauerschwan in Westfalen nun passiert: Seit Wochen umwirbt er ein Tretboot in Form einer Artgenossin – und ein Ende der tragischen Liaison ist längst nicht in Sicht.

Anfang Mai ist der schwarzgefiederte Schwan auf dem Aasee in Münster aufgetaucht. Das wäre an sich schon eine Sensation, Trauerschwäne sind nämlich eigentlich in Australien zu Hause und sind in Europa nur selten in freier Wildbahn zu sehen. Allerdings erregt der Schwan zudem noch durch sein tragisches Balzverhalten Aufsehen: Von morgens bis abends kann man ihn dabei beobachten, wie er das Schwanenboot umkreist, in dem bei schönem Wetter eigentlich Menschen über den See strampeln sollen.

Allerdings kann der Schwan es gar nicht leiden, wenn sich jemand seiner vermeintlichen Vogelfrau nähert. So berichtet etwa der Yachtschulenbesitzer Peter Overschmidt: „Wenn ich mit einem Segelboot auch nur in die Nähe des Tretbootes komme, plustert sich der schwarze Vogel auf und zetert.“

Da hat einer etwas verwechselt, meint auch der Verhaltensbiologe Dirk Wewers vom Allwetterzoo Münster. „Offensichtlich verteidigt er sein Brutrevier“, sagt er – und findet das nicht ganz so einmalig. Auch anderswo sollen Schwäne schon Geliebte aus Kunststoff gehabt haben. Dem Experten zufolge sei noch nicht abzusehen, wann die Romanze endgültig vorbei sein wird.



Foto: Zoo Augsburg

Schließlich sind Trauerschwäne monogam. Gut möglich also, dass die Liebesgeschichte zum Start der nächsten Brutsaison einfach weitergeht.

Spiegel, 26. 5. 2006

„Vorsitzender Miau“ auf Weltreise

Unfreiwillig hat eine Katze eine Weltreise gemacht: Das Tier schlief in einer chinesischen Fabrik in einer Kiste mit Steingut ein und wurde erst 9660 Kilometer später in England entdeckt. Die Katze überlebte die 26-tägige Reise, indem sie sich von Pappe und Kondenswasser ernährte. In Anspielung auf den Großen Vorsitzenden Mao Tse-tung heißt sie nun „Vorsitzender Miau“.

Westdeutsche Zeitung, 27. 5. 2006

33,45 Euro für einen Tag Sonne

Wenn schönes Wetter käuflich wäre, würden die Deutschen für einen Tag Sonne 33,45 Euro bezahlen. Dies aber auch nur, wenn es zuvor 14 Tage lang geregnet hat, ergab eine repräsentative Umfrage des Internet-Dienstes „Donnerwetter.de“.

Westdeutsche Zeitung, 27. 5. 2006

Fußballtrikots für Japans Hunde

Fußballtrikots für Hunde erfreuen sich in Japan derzeit zunehmender Beliebtheit, wie die japanische Tageszeitung „Yomiuri Shimbun“ berichtete. Das von einer Tierhandlung in der japanischen Stadt Nagoya für 5800 Yen (43 Euro) vertriebene Outfit für vierbeinige Schlachtenbummler ist den blauen Trikots der japanischen Fußballmannschaft nachempfunden und besteht aus einem Hemd, einer Mütze und einem Ball. Nach Angaben des Unternehmens seien die Hundetrikots vor allem unter jungen Pärchen gefragt.

Ärzte Zeitung, 4. 5. 2006

Affenliebe

Wegen ihrer besonderen Vorliebe für Mobiltelefone haben sich Affen des Londoner Zoos einer Therapie unterziehen müssen. Die in einem Freiluftgehege gehaltenen Totenkopffaffen waren so angetan von den piependen und leuchtenden Handys der Besucher, dass sie andauernd versuchten, sie zu klawen.

Besonders wenn die Besucher Bilder mit ihren Fotohandys machten, schlugen die diebischen Äffchen zu. Um den Tieren ihre Unart abzugewöhnen, überließen ihnen die Zoowärter alte Mobiltelefone, die sie vorher mit einer von den Affen als unangenehm empfundenen zähflüssigen Substanz bestrichen hatten. „Sie haben schnell verstanden, dass sie die Telefone der Besucher nicht anfassen dürfen, und sind zu ihren üblichen Beschäftigungen Essen und Schlafen zurückgekehrt“, berichtete Zoowärter Malcolm Fitzpatrick.

Die Welt, 7. 4. 2006

Teddybär lockt Frauen an

Fünf Tage und einen Teddybär – mehr brauchte der belgische Junggeselle Frank Timmers nicht, um das Interesse von 73 Frauen zu wecken. Der 34-Jährige hatte dem riesigen Plüschtier einen Suchaufruf mit seiner Handy-Nummer umgehängt und es ins Schaufenster eines Ladens in Gent gesetzt. „Meine Arbeitskollegen haben über den Teddy gespottet, aber nun ist ihnen das Lachen vergangen“, freut sich Timmers. Einige der Antworten seien „viel versprechend“ gewesen. Vier Frauen hat er schon getroffen.

Kölnischer Stadtanzeiger, 17. 5. 2006

Verliebte Inderin heiratet Königskobra

Eine Frau hat in Indien eine Kobra geheiratet. Ihre Tochter sei von einer schweren Krankheit genesen, nachdem sie der Schlange Schälchen mit Milch geopfert habe. Daraufhin habe sie sich in das Tier verliebt. Bei der Feier blieb die Schlange in ihrer Höhle und wurde durch eine Bronzenachbildung vertreten.

Westdeutsche Zeitung, 3. 6. 2006

Schnappschuss und Gewinnspiel

Oben ohne

Kein Wunder, dass gerade ein Mann die besonders in den 70er-Jahren beliebte Bademode allzu wörtlich genommen hat und die gute Aussicht „oben ohne“ genießt. Sollte sein Beispiel allerdings Schule machen, gibt es große Probleme für „Kopfarbeiter“ unter den Heilberuflern, nicht nur für Zahnärzte. Immerhin bietet das Foto auch Perspektiven, wo noch mehr oder minder breite medizinische Arbeitsfelder liegen bzw. sitzen.



Foto: Brauer-Sasserath

Kommentare zum Schnappschuss bitte an

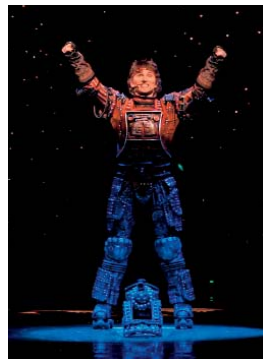
Redaktion Rheinisches Zahnärzteblatt
 c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
 Lindemannstr. 34-42, 40237 Düsseldorf
 per Fax: 02 11 / 96 84-3 32 oder
 per E-Mail: rzb@kzvnr.de

Einsendeschluss ist der 31. Juli 2006. Die drei besten Einsendungen werden prämiert und im RZB veröffentlicht.

Dr. Uwe Neddermeyer

Hauptpreis:

Zwei Tickets für Starlight Express, das weltweit erfolgreichste Musical: Schon 11 Millionen Menschen kamen seit der Premiere 1988 nach Bochum, um Andrew Lloyd Webbers Rollschuh-Musical zu sehen. Erstmals wurden zwei Darsteller engagiert, die sich auf Stuntspezialitäten spezialisiert haben. Die Akrobaten zeigen sensationelle Salti und Schrauben aus voller Fahrt heraus. Das perfekte Zusammenspiel zwischen Action und Romantik, Gesang und Technik sowie Kostüm und Maske garantiert ein verzauberndes Musical-Erlebnis. Mehr Informationen unter www.starlight-express.de



Sommer-Angebot: RZB-Leser erhalten in der Zeit bis 9. 9. 2006 wahlweise vier Karten zum einmalig günstigen Paketpreis ab 99 €. Auch wenn drei Erwachsene und zwei Kindern bis 14 Jahre zusammen kommen wollen, gilt der Paketpreis ab 99 €. Eine Rabattgewährung ist nur möglich, wenn die Kartenbuchungen unter 02 11 / 7 34 41 20 und der Angabe der Kunden-PIN 14124 vorgenommen wird.

In den Mund gelegt

Heft 4/2006 • Seite 207



Foto: Neddermeyer

„Auch zu blöd“, diese provozierenden Worte präsentierte Zahnarzt Martin Hendges den RZB-Lesern auf dem Schnappschussfoto April 2006. Ihre Kommentare darauf waren dann auch nicht „ohne“: Bissig und mit viel Wortwitz, sodass den Juroren die Auswahl sehr schwer fiel. Der Gewinner freut sich diesmal über zwei Tickets für das Musical „We Will Rock You“ in Köln, die weiteren Preisträger erhalten wertvolle Buch-, CD- oder Hörbuchpreise.

- *ZA Hendges bringt es mal wieder auf den Punkt:
Es ist besser, heimlich schlau zu sein –
als unheimlich blöd!*

Dr. Susanne Kanka, Wuppertal

- *Standardmodell der Abstimmungskarte
für Gesundheitspolitiker.*

Elfie Klein, Frechen

- *Hast Du die Blödkarte in der Hand,
bist Du bei Politikern in Deutschland.*

Ilona Pöge, Düsseldorf

Zahnärztlicher

UTE JAHN
Abrechnungsservice

Praxisteam-Schulungen und Seminare
 Optimale Privatabrechnung - fachgerecht und aktuell
 Zahnersatzabrechnung
 Praxisbetreuung und Praxisorganisation
 Praxisberatungen

Telefon 0 21 59 / 61 30

Inhaberin Ute Jahn · Meerbusch · www.utejahn-service.de

Genießen Sie den Sommer ...

ab **17.423,-**
Listenpreis: 23.231,-



... und schonen Sie Ihren Geldbeutel.



FINNDENT
Behandlungseinheit FD 7000 +

Unser Angebot als Peitschen-, hängende Schläuche- oder Cartversion ausgestattet mit:

1x ACTEON Mikromotoren | 1x ACTEON ZEG | 1x 3-Funktions-Spritze
1x Turbineneinrichtung | 1x Helferinnenelement mit großem und kleinem Sauger | 1x OP-Lampe mit Lampenstange | 1x Behandlungsstuhl FD 3600 mit Standardpolster und Speifontänenadapter

Unser Zusatzangebot:

2. Mikromotor	1149,-
Metasys Amalgamabscheider	1765,-
Naßabsaugung	1100,-
Arbeitshocker	ab 444,-
Original Finndent Kamerasystem	4343,-
inklusive Monitor und Halter	



THOMAS SCHOTT
D E N T A L

Maysweg 15 · 47918 Tönisvorst

Tel. 021 51/65 1000 · Fax 021 51/65 10049

www.thomas-schott-dental.de · info@thomas-schott-dental.de