

RHEINISCHES ZAHNÄRZTE BLATT



Nr. 7-8 · Juli/August 2003 · F 5892



Hier baut
die Bundesregierung
ein neues
Gesundheitssystem

Sonderaktion
bis 31.08.03

€ 541,-*

zzgl. MwSt.



Abbildung mit Mehrausstattung.

KaVo Primus 1058 TM

- OP-Lampe Gerätemodell (ohne Abbildung)
- Turbineneinrichtung
- Multiflexkupplung
- Memospeed-Anzeige
- 3-F Spritze
- 1 Motor KL 701
- Großer Saugschlauch
- Kleiner Saugschlauch
- 2 Arbeitsstühle
- Anschluß an Nassabsaugung

Preise für Mehrausstattung auf Anfrage.

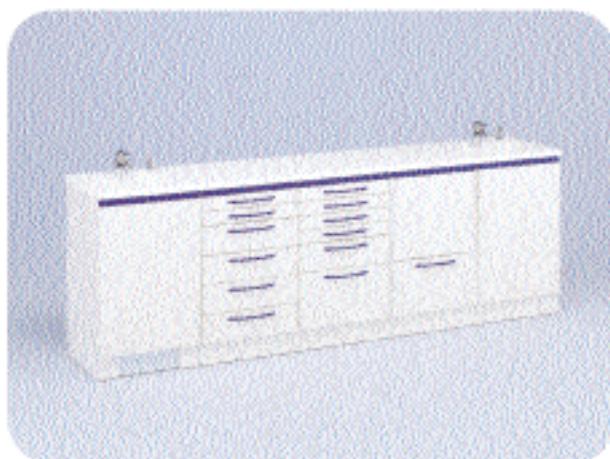


Abbildung mit Mehrausstattung.

Schmitz Systodent Stahlschrank-Zeile

Bestehend aus:

- 2 Waschbeckenschränke
- 2 Instrumentenschränke
- 1 Geräteschrank
- 1 Wassersteuerung Fuß

Freie Farbauswahl möglich.

Preise für Mehrausstattung auf Anfrage.

* Unser Finanzierungsangebot:

Kaufpreis € 24.999,- zzgl. MwSt.

6 Monate ab Montage zahlungsfrei

54 Raten á € 541,- zzgl. MwSt.

Änderungen vorbehalten.

Vorbehaltlich der Finanzierungszusage.

oder

Paketpreis € 24.999,-

zzgl. MwSt. inkl. Transport und Montage

HAGER DENTAL Vertrieb GmbH

Stapeltor 8
47051 Duisburg

Telefon 02 03 - 28 64 - 0
Telefax 02 03 - 28 64 - 200

vertrieb.duisburg@hager-dental.de

HAGER DENTAL u. Nussbaum GmbH

Höfkerstraße 22
44149 Dortmund

Telefon 02 31 - 91 72 22 - 0
Telefax 02 31 - 91 72 22 - 39

vertrieb.dortmund@hager-dental.de

HAGER DENTAL GmbH & Co. KG

Avenwedder Str. 210
33335 Gütersloh

Telefon 0 52 41 - 97 00 - 0
Telefax 0 52 41 - 97 00 - 17

vertrieb.guetersloh@hager-dental.de

**HAGER
DENTAL**
D A S D E N T A L - S T A N D A R D
www.hager-dental.de



Baustelle Gesetzliche Krankenversicherung

Glaukt man den Worten des Mitglieds der Rürup-Kommission Bernd Raffelhüschen, Ökonomeprofessor aus Freiburg, so hat die Zahnmedizin in der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung nicht viel verloren.

Den Grund neben vielem anderen mehr erläuterte der Professor in seinem Referat anlässlich der vergangenen Kammerversammlung locker und verständlich: Verfolgt man die Ausgaben der GKV für Zahnmedizin über die Lebensspanne der Gemeinde der GKV-Versicherten, so fällt im Alter von 12 bis 18 Jahren ein dramatischer Anstieg der Ausgaben auf, der im weiteren Verlauf des Lebens in dieser Form einmalig ist, denn ab einem Alter von 18 Jahren gehen die Ausgaben drastisch zurück und steigen bis ins höhere Alter allmählich und erträglich.

Analysiert man den dramatischen Anstieg der Ausgaben der GKV für die 12- bis 18jährigen, so ist festzustellen, daß dies allein die Ausgaben für die kieferorthopädischen Behandlungen sind, die in dieser Lebensspanne durchgeführt werden müssen. Subsummiert man die Ausgabenbereiche für die Zahnmedizin, so muß man feststellen, daß die über 18jährigen die kieferorthopädische Behandlung der jugendlichen Altersgruppe aus dem Solidartopf finanzieren. Das bedeutet in Folge, daß sich an dieser Stelle der Generationenvertrag, auf dem das Solidarprinzip beruht, völlig umkehrt: Die Alten zahlen für die Jungen! Demzufolge liegen die Ausgaben der GKV für zahnmedizinische Leistungen nicht im Einklang mit dem Solidarprinzip.

Zahnmedizin raus aus der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Also raus mit der Zahnmedizin – oder zumindest mit der Prothetik – aus der GKV, wie aus den verschiedensten Lagern der Gesundheitspolitik mit unterschiedlichem Zungenschlag gefordert wird? Wie so oft versperren Ideologien den Blick auf die Vernunft, z. B. kein Aufweichen des Solidaritätsprinzips, unterschiedliche Interessensbastionen bei den Beteiligten sowie fach- und realitätsfremde Regelungswut im verantwortlichen Ministerium.

Was wir brauchen, ist nicht ein Hick-Hack zwischen „alles raus“ und „alles drin“, sondern die Vernunft, das Notwendige zu erhalten und das darüber Hinausgehende in eine Pflicht zur Versicherung zu überführen.

Was ist das Notwendige? Notwendig ist eine Behandlung und Betreuung der bis 18jährigen in Form von präventiven und invasiven Interventionen innerhalb der GKV mit dem Ziel der dentalen und oralen Chancengleichheit bei Eintritt in die selbstverantwortliche Volljährigkeit mit Pflicht zur Versicherung. Dabei muß die kostenträchtige kieferorthopädische Behandlung von der Versicherungspflicht der Eltern erfaßt sein. In der Zeit der Versicherung durch die GKV gilt es durch eine sinnvolle professionelle und enge synergistische Kooperation zwischen Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe, das Ziel der primären und einer möglichst geringen Gruppe mit sekundärer Gesundheit im Sinne einer „oralen Chancengleichheit mit 18“ zu erreichen. Dabei sind alle daran beteiligten Akteure gefordert, alles Erdenkliche für die Schaffung einer möglichst hohen dentalen Compliance zu unternehmen. Das bedeutet, daß neben die Chancengleichheit in der oralen Gesundheit mit 18 die gewachsene Compliance für die orale Gesundheit in der selbstverantwortlichen Zukunft tritt.

Um mit Blaise Pascal zu sprechen: „Die Vergangenheit und die Gegenwart sind unsere Mittel. Die Zukunft allein ist unser Zweck.“ Dazu Heiner Geissler: „Wer nicht über die Zukunft nachdenkt, wird keine haben.“

*„Erzähle mir
die Vergangenheit,
und ich werde
die Zukunft
erkennen.“*

Konfuzius

Dr. Rüdiger Butz

	Seite
Zahnärztekammer Nordrhein	
Kammerversammlung 17. 5. 2003	372
Angenommene Anträge	386
Suchen Sie Auszubildende?	400
VZN: Renteneintritt flexibilisiert	400
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein	
Abteilung Prüfwesen	401
Zeit für Zähne: Sommerausgabe	404
Adressendateien: aktuell und schnell	405
Studie: vergeßliche Patienten	406
Vertragszahnärztliche Versorgung 2002	408
Führung für Kölner Berufsschülerinnen	410
Aus Nordrhein	
Netzwerk Gesunder Niederrhein	419
FVDZ-Bezirksversammlung Duisburg	420
FVDZ-Spargelsymposion	421
FVDZ-Bezirksversammlung Köln	422
Gesundheitspolitik	
Generationenbilanz soziale Sicherung	373
Interview mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt	411
Interview mit Dr. Dieter Thomae	412
Interview mit Kfo Dr. Mathias Höschel	414
Treffen mit Gudrun Schaich-Walch	417
Berufsausübung/Prophylaxe/Rechtsspiegel	
Gutachten im Gerichtsverfahren	387
Fluorid im Speisesalz	396
Tag der Zahngesundheit 2003	397
SARS durch ZE aus China?	418
Hilfsorganisationen	
Aktion Z – Altgold für die Dritte Welt	398
Europa	
ZÄV-Plenarsitzung in Linz	416
Fortbildung/Wissenschaft	
Ankündigung DGZMK-KHI-Symposion in Aachen	424
Fortbildung im KHI	425
ZFA: Wiedereinstieg in den Beruf	428
Rubriken	
Bekanntgaben	399, 400, 403, 404, 410, 413, 419, 422
Buchtip	423
Editorial	369
Freizeitipp	434
Für Sie gelesen	416, 427, 433
Gesund kochen	432
Humor	436, U III
Impressum	431
Industrie und Wirtschaft	423
Personalien	429
Stammtische	428

Titel: ZEFA Visual Media (Bildmontage)



Stichwort Alterspyramide: Es sieht düster aus in der deutschen Generationenbilanz. Der Ökonom Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen erklärte den Delegierten der Kammerversammlung im Mai 2003 die Hintergründe und Folgen der Finanzierungslücken in unserem Sozialsystem.

Seite 373–386



Ein Zahnarzt mußte sich vor Gericht gegen die Klage eines ehemaligen Patienten verteidigen: Die Prophylaxebehandlung in seiner Praxis habe nicht dem zahnärztlichen Standard entsprochen. Das Gericht kam zu einem anderen Ergebnis, die Klage wurde abgewiesen.

Seite 393



Über diese imposante Treppe führt in der Düsseldorfer Lindemannstraße der Weg in die Abteilung Prüfwesen der KZV Nordrhein. In diesem Heft werden im Rahmen einer kleinen Reihe über die KZV die vielfältigen Aufgabenbereiche vorgestellt, die Ass. jur. Sabine Neumann und ihre neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreiben.

Seite 401



Ein breites Spektrum, aber auch überraschende Wendungen in der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten Wochen spiegelt sich in den Interviews mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), Dr. Dieter Thomae (FDP) und dem Kfo Dr. Mathias Höschel (Gesundheitspolitischer Arbeitskreis CDU-NRW) sowie im Gespräch mit Gudrun Schaich-Walch (SPD).

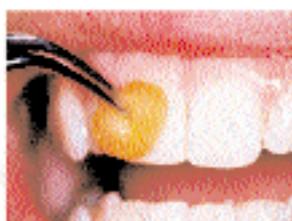
Seiten 411, 412, 414, 417

IP4

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

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

elmex® fluid ist eine Aminfluoridlösung zur Kariesprophylaxe, zur Prophylaxe von Sekundär-Karies und zur Unterstützung der Therapie initialer Kariesläsionen. Für Kinder und Jugendliche wird *elmex® fluid* im Rahmen der **IP4** zur Schmelzhärtung und Unterstützung der posteruptionen Schmelzreife eingesetzt.



Vorteile für die Praxis

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

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

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

elmex® fluid

Zusammensetzung:

100 g *elmex® fluid* enthalten: Aminfluoride Dectafur 1,150 g, Clatfur 12,126 g (Fluoridgehalt 1 %), gereinigtes Wasser, Saccharin, Aromastoffe.

Anwendungsgebiete:

Prophylaxe: Zur Kariesprophylaxe.

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

Gegenanzeigen:

Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschürfungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll *elmex® fluid* nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen:

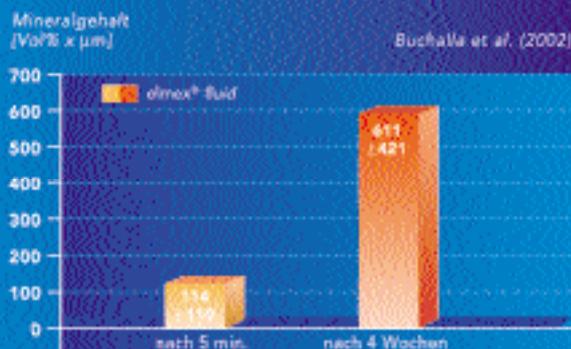
In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

Packungsgrößen und Preise:

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

Stand: Januar 2003

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



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

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



GABA GmbH
Spezialist für orale Prävention

e-mail: info@gaba-dent.de

Kammerversammlung am 17. 5. 2003

Bericht des Präsidenten



Dr. Peter Engel,
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein.

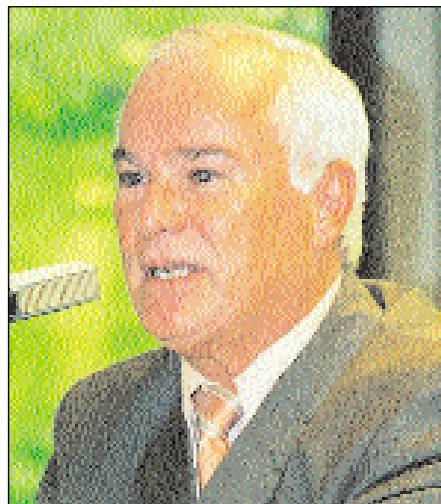
Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Lage war selten so ernst. Wir befinden uns derzeit in einer weltwirtschaftlichen Sondersituation, die nicht hausgemacht ist, sondern zum überwiegenden Teil durch weltpolitische Neuordnungen und Polarisierungen hervorgerufen wurde. Das Durchgreifen dieser weltwirtschaftlichen Probleme auch auf die nationale wirtschaftliche Situation ist dabei zwingend, wobei



ZA Lothar Marquardt, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses des VZN, präsentierte seinen Bericht mit leichter Hand: „Wenn die Aktienmärkte nicht gefallen wären, wie sie gefallen sind, dürften wir Ihnen heute freudestrahlend eine Anhebung der Renten und Anwartschaften von über 3% präsentieren. Selbst wenn Sie privat nicht von Verlusten auf dem Aktienmarkt betroffen sind, so sind Sie immer an der Weltwirtschaft beteiligt, spätestens über die Altersversorgung, bei Lebensversicherungen, beim VZN.“

die Manifestation dieser Probleme nicht nur auf dem Bereich des Arbeitsmarktes, des Bruttosozialproduktes, der Finanzierbarkeit der Renten und der Absicherung der Sozialsysteme begrenzt ist, sondern überdeutlich auch die marode Ist-Situation in der Gesundheitspolitik aufzeigt.

Die fast logarithmisch zunehmende desaströse Lage in Deutschland löst derzeit tiefe Besorgnis und Ängste aus. Nach dem letzten Bericht von Finanzminister Eichel scheint das bedrohliche Abgleiten in eine Rezession immer wahrscheinlicher zu werden. Was aber Betroffenheit, völliges Unverständnis und zum Teil schon kalte Wut auslöst, ist der Umstand, daß die politisch Verantwortlichen nur noch in der Lage sind, dieses Chaos zu verwalten, anstatt mit Mut und Visionen an einer tatsächlichen Neuorientierung zu arbeiten. Statt dessen werden adaptierte Reförmchen, die teilweise nicht einmal europarechtlich standhalten, diskutiert, um sie dann gesetzesmäßig flüchtig niederzulegen; man könnte dies auch als „Sandkastenspiele“ bezeichnen, die den vorgezeichneten Crash lediglich ein wenig hinauszögern – vergleichbar mit einem Schiff auf See, welches überall leckgeschlagen ist. Der Kapitän läßt ein Schott nach dem anderen herunter. Anstatt aber den



Auch Dr. Dieter Dahlmann ging in seinem Bericht auf die Krise am Aktienmarkt ein: „Anfang des Jahres haben wir gedacht, daß es wieder aufwärts geht. 5.450 Punkte sind fast das Doppelte des heutigen Standes des DAX. Damals war eigentlich gar nicht an Risikomanagement zu denken. Wir haben gedacht, daß es sich positiv entwickelt. Erst im vorigen Jahr kam dann der Dämpfer. Dann wurden auch die entsprechenden Maßnahmen ergriffen. Das hängt natürlich auch damit zusammen, daß Herr Weidinger am 1. April 2002 zu uns kam und die neuen Instrumente eingeführt hat, über die ich gleich berichten werde.“ (Foto rechts: VZN-Geschäftsführer Weidinger)



Vizepräsident Dr. Rüdiger Butz sprach in seinem Bericht über die Realisierung der angenommenen Anträge der Kammerversammlung vom 30. 11. 2002 auch über die Tätigkeitsschwerpunkte: „Die Einführung des § 17 a zur Ausweisung von Qualifikationen, den Tätigkeitsschwerpunkten, wurde inzwischen genehmigt und im Ministerialblatt veröffentlicht. Zwischenzeitlich wurden der Kammer von der Kollegenschaft mehr als 600 Tätigkeitsschwerpunkte angezeigt.“

nächsten Hafen zur Generalüberholung anzulaufen, steuert er weiter mit Vollampf aufs offene Meer hinaus, in Verkennung der Tatsache, daß, wenn das Schiff sinkt, es nicht nur bis zur Brücke abtaucht, sondern vollständig untergeht und damit Kapitän und Mannschaft mit in die Tiefe reißt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die sozialromantische Vorstellung, wir könnten uns weiterhin ohne Eigenverantwortung und ohne Selbstbeteiligung alles leisten, ist endgültig zu beerdigen.



Wie desaströs die Situation tatsächlich ist und wie illusorisch die Rettungsversuche des Sachleistungssystems sind, wird Ihnen gleich unser heutiger Gastreferent, Herr Prof. Raffelhüschen, in einer Deutlichkeit vor Augen führen, die schmerzhaft ist. Aber Wahrheit tut manchmal weh.

Sie alle kennen Herrn Prof. Raffelhüschen zumindest als Mitglied der Rürup-Kommission, in letzter Zeit auch Y-Kommission genannt. Ich freue mich außerordentlich, daß ich für die heutige Kammerversammlung Herrn Prof. Raffelhüschen gewinnen konnte. Ich habe mich zu der Einladung veranlaßt gese-

hen, weil ich die derzeitige gesundheitspolitische Lage in der Tat für außerordentlich ernst halte und mir daran gelegen war, Ihnen einmal im großen vor Augen zu führen, wo die Probleme liegen, bevor wir dann scheinbarweise an die weiteren uns begleitenden Probleme herangehen. Wenn wir aber die großen Steine nicht beseitigen, dann brauchen wir uns auch um die kleinen Kiesel nicht zu kümmern. Deshalb war es das Gebot der Stunde, Ihnen die gesundheitspolitische Situation von einem exzellenten Referenten vor Augen führen zu lassen.

Zu Herrn Prof. Raffelhüschen eine kleine Vita: Er ist nicht nur Mitglied der

Rürup-Kommission, als das er bekannt geworden ist – uns zumindest –, er ist Professor für Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, und Professor an der Universität Bergen in Norwegen. Er studierte in Kiel, Berlin und Aarhus Volkswirtschaftslehre und promovierte bzw. habilitierte sich in diesem Fach an der Universität Kiel. Zahlreiche Auslandsaufenthalte führten ihn u. a. in die USA, aber auch immer wieder in die skandinavischen Länder. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Sozialpolitik und Ange wandten intergenerativen Analyse.

Zur Generationenbilanz der sozialen Sicherung

von Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen



Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen,
Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft
an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.

Ich gehe aus vom Feld der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, also vom gesamten Bereich der Gesundheitsökonomie. Nun ist es aber so, daß ich davon schlichtweg keine Ahnung habe. Das einzige, was ich inzwischen nach einigen Jahren einigermaßen kann, ist ein bißchen rechnen, nämlich: Was bewirkt das Gesetz in seinen Leistungsstrukturen und in seinen Einnahmestrukturen? Dafür sind mein Institut und ich relativ bekanntgeworden; denn

wir haben ein Instrument entwickelt, und das ist die „Generationenbilanz“, dieses schöne Wort mußten wir erst erfinden.

Die Generationenbilanz mißt mathematisch-numerisch die Nachhaltigkeit eines Systems, und zwar eines fiskalischen Systems. Beim Wald kennen Sie das. Nachhaltige Bewirtschaftung eines Waldes ist, wenn ich nicht mehr herausnehme, als nachwächst, oder genauso viel herausnehme, wie nachwächst. Das ist, ökologisch gesehen, Nachhaltigkeit. Die ist seit zehn Jahren in aller Munde. Seit 300 Jahren sprechen wir in der Ökonomie von Nachhaltigkeit. Das hat keiner gemerkt, aber von da kommt es eigentlich. Nachhaltigkeit eines fiskalischen Systems heißt: Ich kann, ohne gegen zu lenken, in meinen Einnahme- und Ausgabeströmen bei den gegebenen Konstellationen weitermachen wie bisher.

Wenn wir uns jetzt die Frage stellen: „Können wir weitermachen wie bisher?“, wissen Sie sofort die Antwort: Nein. An dieser Stelle könnten wir eigentlich aufhören. Wir aber machen mehr: Wir messen sozusagen den Abstand von dem Zustand, bei dem es nachhaltig ist. Und wie wenig nachhaltig es ist, will ich Ihnen zeigen, und zwar für alle Teilbereiche der Gesundheitsökonomie. Wir arbeiten heute also rein in Ihrem Feld und den angrenzenden Feldern.

Das Problem Alterungsprozeß

Allerdings muß ich Sie beim Problem abholen, und das Problem ist der Alterungsprozeß, den wir in Deutschland in den nächsten 30, 40 Jahren durchlaufen werden. Ich skizziere Ihnen den nur kurz; denn Sie kennen die Details aus der Presse. Dann kommen wir ins Eingemachte, und dort steht immer ein Wort, nämlich das Wort „Generationenvertrag“. Als erstes wollen wir uns fragen, warum die gesetzliche Krankenversicherung, also auch Sie, eigentlich ein Generationenvertrag sein müßte, ein Generationenvertrag, bei dem man in jungen Jahren mehr einzahlt und in älteren dann mehr will. Eigentlich ist die gesetzliche Krankenversicherung ein Generationenvertrag bis auf das Risiko-pooling, wo der gesunde Junge den kranken Alten finanziert. Aber im wesentlichen sind Krankheitswahrscheinlichkeiten altersspezifisch. Insofern steht dahinter ein Generationenvertrag, oder es müßte so sein. Das ist es aber nicht. Ich zeige Ihnen auf, warum das System der gesetzlichen Krankenversicherung kein Generationenvertrag mehr ist. Dafür verantwortlich ist die Konstellation von heute. Dann zeige ich Ihnen, wie man aus der gesetzlichen Krankenversicherung wieder einen Generationenvertrag machen könnte. Bis man das wieder hinbekommt, wird es schmerzhaft, und dagegen gibt es keine Spritze. Schließlich gehen wir ganz kurz zu Ihrem Fach. Dabei zeige ich Ihnen auf, warum Sie sowieso kein Generationenvertrag sind und nie sein können. Oder eigentlich sind Sie es doch, aber ganz anders, als Sie es denken. Dann kommen wir zum anderen Feld der Gesundheitsökonomie, wo alles landunter steht

und wo es überhaupt nichts mehr gibt, was zu retten ist.

Kommen wir zum Problem. Das Problem ist die Bevölkerungspyramide Deutschlands. Schauen Sie sich die Pyramide an. Links sind es Männer, rechts sind es Frauen. Woran sieht man das? Frauen sind oben dicker. Sie sind schlichtweg altersspezifisch dicker. Sie leben länger, und deswegen sind die Jahrgänge dort oben nicht ganz so ausgedünnt wie bei den Männern. Die dicke Delle sind die geburtenstarken Jahrgänge. Zu denen gehören wir hier fast alle; teilweise liegen Sie auch darüber. Also Menschen zwischen 30 und 50 sind die geburtenstarken Jahrgänge; das sind jetzt Elternjahrgänge. Aber Sie sehen am unteren Teil dieser Pyramide, die ja gar keine Pyramide ist, weil der untere Teil gar nicht pyramidenförmig aussieht, daß wir elterliche Pflichten nur bedingt wahrnehmen. Oder anders gesagt: Wir haben nicht so sehr viele Kinder, und zwar nicht so viele Kinder, daß der Bevölkerungsaufbau eine Pyramide sein könnte.

Demographen sprechen da immer von der Nettofertilitätsrate. Die Rate ist bei uns 0,65. Jede Frau in Deutschland hat im Durchschnitt 0,65 Mädchen geburten, die selbst fertil werden. Männer werden etwas mehr geboren. Die Nettofertilitätsrate tritt in einem Proliferationsalter von 27 1/2 auf. Anders gesagt: An diesem Punkt findet die erste Geburt statt.

Wir reden gerade von 0,65 Mädchen geburten. Wir Männer liegen im Gefrierfach. Bei demographischen Projektionen zählen wir nicht. Demographisch wird immer nur die weibliche Bevölkerung projiziert. Bevor ich fortfahre, frage ich Sie nur mal nach Ihrem Gefühl. Wir wissen doch alle, daß es mit der Fertilität schlimm steht, oder? Aber wie ist eigentlich die Dimension?

Wir als geburtenstarke Jahrgänge haben eine Fertilität wie damals in den deutschen Bombennächten an den Tag gebracht. Nur haben wir das nicht zwei, drei oder vier, sondern 20, 30 und bald 40 Jahre geschafft. Demographisch gesehen haben wir 40 Jahre Zweiten Weltkrieg. Der ist demographisch seit 40 Jahren nicht vorbeigegangen. Das heißt auf gut Deutsch, daß in der Pyramide unten fast 20 Millionen Menschen fehlen. Die sind nicht da. Sie kommen auch nie wieder rein; denn Leute, die vor zehn oder 20 Jahren nicht geboren sind, kriegen Sie heute nicht mehr hin. Hier ist die Einwanderung aber schon enthalten.



Dies ist nämlich eine Bevölkerungsprojektion der gesamten in Deutschland lebenden Menschen. Sie sind im Durchschnitt natürlich auch ein bißchen ausländisch.

Jetzt machen wir das, wofür wir immer so fürchterlich an die Klagemauer gestellt werden, nämlich eine Projektion. Wir tun so, als ob alles so bliebe, wie es ist. Wir gehen ins Jahr 2020. Wir sind in der Projektion, das heißt: Da scheinen Unsicherheiten zu sein. Das ist eine Prognose, sagen uns die Politiker immer. Sie haben noch nicht begriffen, daß diese Projektion für die Bevölkerungszahl sicherlich eine Prognose ist. Für die sozialen Sicherungssysteme ist es aber eine vollkommen sichere Situation mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 100 %; denn für die sozialen Sicherungssysteme zählen nur die Leute, die Beiträge einzahlen und Leistungen bekommen. Leute in ganz jungen Jahren wollen nichts von der Krankenversicherung, jedenfalls ganz wenig. Diejenigen, die im Jahr 2020 einzahlen, sind alle heute schon da. Daher handelt es sich um eine fiskalisch sichere Annahme, die wir hier für die sozialen Sicherungssysteme und also auch für die gesetzliche Krankenversicherung setzen. Sie sehen also eine sichere Situation. In dieser Bevölkerungsprojektion gibt es nur ganz unten Unsicherheiten. Der Rest ist schon längst da, nämlich alle Nutznießer und alle Geber.

Sie sehen, wo wir 30- bis 50jährigen sind, wir geburtenstarken Jahrgänge. Unser stärkster Jahrgang ist jetzt Mitte 50. Wenn wir sind wie ich, also verbeamtet, dann sind wir jetzt dabei, uns auf den Ruhestand vorzubereiten. Der Durchschnittsmensch im öffentlichen

Dienst geht nämlich mit 55 in den Ruhestand. Der Durchschnittsdeutsche geht erst ein paar Jahre später, mit 59. Ein paar Jahre weiter, um das Jahr 2036 herum, sind wir alle, die wir zu den geburtenstarken Jahrgängen gehören, im Ruhestand. Damit sind viele draußen aus dem Spiel, aber drinnen im Nehmen. Und wir nehmen nicht nur von der Rentenversicherung, sondern auch extrem stark von der Krankenversicherung; denn jetzt kommen wir langsam in das Alter, wo es teuer wird.

Sie sehen im Jahr 2036 das Jahr des endgültigen Kollapses der Rentenversicherung. Sie sehen aber auch das Jahr des endgültigen Kollapses der Krankenversicherung. Beide kollabieren.

Beides ist aber nicht sicher. Denn der Prognosegehalt für die sozialen Sicherungssysteme in diesem Fall beschränkt sich auf die 20- bis 30jährigen. In diesen Prognosen können noch einige auftauchen. Und wir müßten auch sehr schnell handeln, um die 30jährigen des Jahres 2036 zu erzeugen.

Darüber hinaus wehren sich die heute 30- bis 50jährigen mit konstanter Boshaftigkeit dagegen, abzutreten. Diese Jahrgänge sind im Jahr 2046 so dick belegt wie noch nie, und zwar auch die Jahrgänge um die 80. Wir erwarten eine Verdoppelung und Verdreifachung der Zahl der über 70jährigen, eine Vervielfachung der Zahl der über 80jährigen und nachher wahrscheinlich eine Verfünffachung der Zahl der über 90jährigen. Folge ist der Kollaps der gesetzlichen Pflegeversicherung. Natürlich nur, wenn wir nichts tun! Wir sind allerdings Problem und Ursache zugleich; denn wir haben entschieden, die Kinder nicht in die Welt zu setzen, und damit sind wir für das eigene Problem ursächlich. Das wird für die Lösung auch einiges Unbequeme mit sich bringen – so unbequem, daß wir es nicht gerne hören mögen.

Generationenvertrag Gesetzliche Krankenversicherung?

Jetzt gehen wir direkt in Ihr breiteres Feld, in die Gesetzliche Krankenversicherung allgemein. Ich zeige Ihnen, warum die Gesetzliche Krankenversicherung eigentlich ein Generationenvertrag sein müßte.

Berechnungsgrundlage sind hoch aggregierte Zahlen aus dem Risikostrukturausgleich hinsichtlich der verschiedenen Einnahmen- und Ausgabenkatego-



Gut, dass es ein System gibt, das auch bei filigraner Konstruktion eine hohe Stabilität und Sicherheit garantiert.

WIE BEIM FLUGZEUG, SO BEI CERCON: Nur sorgfältig aufeinander abgestimmte Komponenten werden in das System integriert. Für Cercon bedeutet das ein Höchstmaß an Stabilität und Sicherheit. Damit garantieren Sie Ihren Patienten zuverlässige dentale Vollkeramik-Restaurationen. Weil auf Cercon smart ceramics Verlass ist, geben wir Ihnen für Restaurationen aus Cercon eine zusätzliche Sicherheitsgarantie.* Ein Werkstoff, verschiedene Indikationen, viele Vorteile: Cercon erlaubt Ihnen das Angebot von vollkeramischen Kronen- und Brückenrestorationen ohne die sonst für Vollkeramik notwendigen Kautelen. Arbeiten auch Sie innovativ: Empfehlen Sie Ihren Patienten Cercon smart ceramics.

*gemäß unseren Garantiebedingungen



rien der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir fassen die ganzen Einnahmen- und Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs zu zwei Profilen des Risikostrukturausgleichs zusammen. Mit Profilen sind hier altersspezifische Profile gemeint. Heute existieren Jahrgänge von null bis 100, eigentlich sogar bis 110. Für den Durchschnittsmenschen jedes Jahrgangs zwischen null und 100 rechnen wir aus, was er an Beiträgen zahlt und was er von der Gesetzlichen Krankenversicherung kriegt. Wir nehmen alle Kopfschadensprofile, wie sich das in der Versicherungsökonomie nennt, also alle altersspezifischen Kostenverläufe, zusammen und erhalten so das Leistungsprofil der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Gezeigt wird, daß das Leben am Anfang teuer ist. Das ist natürlich durch die Geburt verursacht, die in Deutschland im Durchschnitt zwischen 2 000 und 2 500 € kostet. Dann muß das Kind zu U 1, U 2 und U 3. Das erste Jahr ist verdammt teuer; das kann ich Ihnen sagen. Die meisten sehen das gar nicht, aber teuer ist es trotzdem: Die Kosten betragen 3 000 € pro Durchschnitts-Nulljährigen in Deutschland. Im Jahr zwei ist es aber schon vorbei. Es gibt nur noch wenige Us. Die kleinen Würmer sind kerngesund und brauchen wenig, im Durchschnitt vielleicht 500, 600 oder 700 € pro Kopf. Dieser Wert steigt dann ganz langsam an, aber bewegt sich bis 40 Jahre relativ konstant um die 1 000 €. Ein paar erste Unfälle sind dabei, dies und jenes; im wesentlichen ist es aber konstant. Ab 40 – das wissen wir hier im Raum – fangen die ersten kleinen Zipperlein an. Wir gehen dann doch mal zum Arzt. Zwischen 40 und 60 steigen die Kosten von 1 000 € im Durchschnitt auf ca. 2 000 €; sie verdoppeln sich also. Von 60 bis ins Alter hinein steigen die Kosten allerdings exponentiell bis

auf 5 000 € pro Kopf, die durch die Gesetzliche Krankenversicherung größtenteils als Sach-, teils aber auch als monetäre Leistung ausgezahlt werden.

Zu den Pro-Kopf-Einnahmen. Bei uns in Deutschland haben wir lohnbezogene Beiträge zur Krankenversicherung. Daß dies eigentlich falsch ist, weil Krankheit nichts mit Einkommen zu tun hat und deshalb keine lohnbezogenen Beiträge da stehen sollten, ist schwer zu erklären, aber für jeden Ökonomen einsichtig. Gut, wir können es nicht ändern, wir können die Rationalität nicht rüberbringen. Also bleiben da lohnbezogene Beiträge stehen. Also müssen wir natürlich ausrechnen, was der Durchschnittsdeutsche verdient, damit wir die 14,x % eben auf den entsprechenden Durchschnittslohn beziehen können. Wie Sie sehen, verdient er zwischen null und 15 nichts und zahlt auch nichts. Irgendwann fängt dieser Durchschnittsmensch dann zu verdienen an. Erfasst sind Durchschnittsausgaben pro Kopf, der halb Mann, halb Frau, ein bißchen West, ein bißchen Ost, ein bißchen bayerisch, ein bißchen friesisch, ein bißchen dies, ein bißchen das ist. Dieser Durchschnittsmensch seines Jahrgangs zahlt zwischen 30 und 55 jährlich etwa 2 500 € an lohnbezogenen Beiträgen in die gesetzliche Krankenversicherung ein. Vorsicht: Es ist nicht der Durchschnittsverdiener! Der zahlt mehr ein. Der Durchschnittsmensch ist natürlich auch ein bißchen mitversichert. Der Durchschnittsverdiener zahlt deutlich mehr. Er zahlt etwa 4 500 € in die gesetzliche Krankenversicherung ein.

Wir rechnen hier Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile zusammen; denn an die paritätische Finanzierung glaubt in Deutschland ohnehin nur noch die Gewerkschaft. Alle anderen haben begriffen, daß die Arbeitgeberanteile Kosten sind wie alle anderen auch. Wenn man sie nicht in die Preise überwälzen kann, geht man Pleite. Also ist es völliger Unfug, daran zu glauben, daß irgend etwas in der Parität da ist. Das wissen wir seit hundert Jahren. Wir haben es immer wieder zu erklären versucht. Ab 55 knickt das Einnahmeprofil ein. Warum? Weil wir jetzt langsam in Ruhestand gehen. Damit beziehen sich die 14,x % nicht mehr auf Löhne, sondern, jedenfalls teilweise, auf Transferleistungen. Die Transferleistungen – im wesentlichen Renten – sind natürlich geringer als die Löhne, die dahinter stehen. Die Renten betragen halt nur 60 oder 70 % des Lohnes. Wenn ich

die 14 % darauf beziehe, heißt das ganz klar, daß ich weniger zahle. Als Rentner zahle ich ganz zum Schluß vielleicht noch 1 200 oder 1 300 € pro Kopf und Jahr in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ein.

Und woran erkennt man den Generationenvertrag? Ganz einfach: Es gibt Zeiten – wie zwischen 25 und 60 –, da zahle ich mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung ein, als ich von der Gesetzlichen Krankenversicherung will. Und dann gibt es Zeiten – vergessen wir einmal die Kids – zwischen 60 und x, da will ich mehr aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben, als ich einzahle. Ich verweise darauf – als Alter bin ich schließlich mit hundertprozentiger Sicherheit einmal jung gewesen –, daß ich Phasen gehabt habe, in denen ich mehr gezahlt habe, als ich wollte. Deshalb will ich heute mehr haben, als ich zahle. Das ist der Generationenvertrag. Der Generationenvertrag heißt: Tue mir im Alter so, lieber Sohnmann, wie ich meinen Eltern damals, als ich selbst erwerbstätig war, getan habe. Das ist der moralisch-ethische Anspruch des Generationenvertrages.

Fiskalisch gesehen ist es allerdings ganz anders. Da stellt sich dieser Generationenvertrag durch die Umlagefinanzierung schlichtweg als Gleichheit von Einnahmen- und Ausgabenströmen in einem jeweiligen Jahr dar. Das heißt, daß alles, was in die Gesetzliche Krankenversicherung in irgendeinem beliebigen Jahr reingeht, auch in diesem Jahr wieder rausgeht. Da bleibt nichts übrig. Im Gegenteil: Manchmal tun sie, was sie nicht dürfen, und geben mehr aus. Das haben wir jetzt gehört. Die Zahl von 6 Milliarden € ist allerdings untertrieben; es sind 20 Milliarden €.

Wo sind also die Beiträge geblieben, die ein 60jähriger in der Vergangenheit gezahlt hat und die er mit Recht als Grundlage für sein Nehmen ansieht? Sie sind zu Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung der Vergangenheit geworden. Wer hat sie bekommen? Die Alten der Vergangenheit. Insofern ist der Generationenvertrag fiskalisch gesehen eigentlich, wenn man es einmal hart nimmt, ein Anspruch an Friedhöfe; denn dort sind die Schuldner. Sie sind aber nicht mehr da. Das Geld ist schon längst ausgegeben. Also sieht es mit dem Generationenvertrag ein bißchen heikel aus. Es sieht aber auch deswegen heikel aus, weil die Geberfläche deutlich kleiner als die Nehmerfläche ist. Nun



BF Duck und Franzenberg
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

IDEEN, DIE SICH DURCHSETZEN. PREISE, DIE SICH ABSETZEN...

...kaufen Sie besser keine Behandlungszeilen für Ihre Praxis, bevor Sie nicht mit uns gesprochen haben. Denn wir haben die clevere Lösung für Sie: Basten Behandlungszeilen. Langlebig, zuverlässig, funktional. Perfekt zugeschnitten auf all Ihre Wünsche und zu einem Preis, der jedem Vergleich standhält. Unser attraktiver Showroom bringt sie auf die vielfältigsten Ideen. Ein Anruf bringt Ihnen die Sicherheit, die Sie für Ihre Investitionen brauchen. Tel: 0 21 52 / 55 81-30



CONTURA ART 4er ZEILE

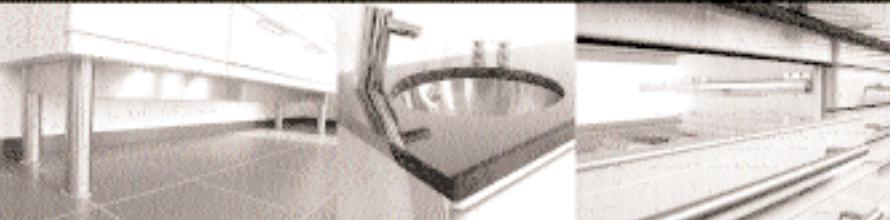
ab € 2.990,-

zzgl. MwSt.

Edelstahlgestell

Edelstahlbecken, Steinplatte (auf Wunsch)

Quadro-Führung



bASTEN
PRAXISEINRICHTUNGEN

Die clevere Verbindung von Ambiente und Funktion

Heinrich-Horten-Str. 8b
47906 Kempen

Fon 0 21 52/55 81-30
Fax 0 21 52/55 81-28

e-mail
basten.verkauf@basten-kempen.de

stehen natürlich andere Köpfe dahinter; hinter jedem einzelnen Jahrgang steckt ja ein Durchschnittskopf. Vor allen Dingen steckt darin der Querschnitt, nämlich das, was wir im Querschnitt in einem Jahr zahlen und wollen.

Blick auf die Generationenbilanz

Wie ist es denn im Zyklus über das gesamte Leben hinweg? Jetzt muß ich Sie in die Welt der Wissenschaft entführen. Jetzt geht es darum, daß dort, wo Generationenvertrag draufsteht, keiner mehr da ist. Dazu brauchen wir die Generationenbilanz. Die Generationenbilanz nimmt diesen Durchschnittsmenschen seines Jahrgangs. Von null bis 100 Jahren berechnen wir jetzt für diesen Durchschnittsmenschen, was er im Durchschnitt über seinen verbleibenden Lebenszyklus einzahlt abzüglich dessen, was er über den verbleibenden Lebenszyklus herausbekommt. Diese Kosten sind unter der Annahme berechnet, daß die Preise im Gesundheitswesen mit der allgemeinen Preissteigerungsrate wachsen. Anders gesagt: Wenn die Kaffeemaschine um 5 % teurer wird oder sich entsprechend technisch verbessert, wird auch der gesamte medizinische Apparat um 5 % teurer bzw. verbessert sich um 5 %, es treten also gleiche Kostensteigerungen auf. Die Kernannahme ist also, daß es keine Schere in der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV gibt.

Wenn wir das unterstellen, ist das Ergebnis bei den Nulljährigen negativ, denn der Nulljährige erhält 10 000 € mehr vom System der gesetzlichen Krankenversicherung, als er zahlt. Warum? Weil er am Anfang ganz schön teuer ist, und die Beträge am Anfang zählen viel; denn es handelt sich um eine Barwertrechnung. Wie rechnen wir das? Wir verfolgen den Nulljährigen über die ganzen Jahre, die er lebt, und rechnen für jedes Jahr aus, was er zahlt minus was er kriegt. Das diskontieren wir mit einem Realzins von 3 % ab, so daß wir nachher den Barwert dessen haben, was er an die gesetzliche Krankenversicherung netto zahlt. Dieser Nettozahlungsstrom ist negativ; er will also mehr, als er zahlt.

Beim Zehnjährigen ist die Bilanz fast null. Anders gesagt: Der Barwert dessen, was der Zehnjährige noch zahlt minus dem, was er noch will, ist null. Wenn in der Differenz beide Seiten gleich sind, dann ist das Generationenkonto null. Er zahlt also alles das, was er will.



Dann kommen die Träger des deutschen Generationenvertrages GKV. Das sind die ca. 15- bis 30jährigen. Sie zahlen nämlich im Barwert über ihre restliche Lebenszeit mehr an das System, als sie von dem System wollen. Warum? Weil sie gerade mitten in der Erwerbstätigkeit stehen und wenig wollen.

Diese Bilanz kippt aber schon bei 35. Über die restliche Lebenszeit, sozusagen von 35 bis zum Absterben dieses Durchschnittsmenschen, wird mehr gewollt, als gegeben wird. Also sehen Sie hier die Nutznießer des Generationenvertrages mit einem Maximum von fast 37 000 oder 38 000 € beim 60- bis 65jährigen, die er mehr an Leistungen will, als er in das System einzahlt. Irgendwann schmilzt es dann ab, weil die restliche Lebenszeit natürlich verdammt kurz wird. Wie groß ist das Generationenkonto in der letzten logischen Sekunde? Dann kann ich nichts mehr wollen und nichts mehr geben. Also ist es null.

Das ist die Generationenbilanz. Wie Sie sehen, verstärkt sich Ihr mulmiges Gefühl von eben, als es um die Profile ging, jetzt noch. Nehmer und Geber des Generationenvertrages sind deutlich sichtbar. Die Geber geben nicht viel, die Nehmer wollen aber viel. Die Nehmer sind alle schon da; das sind nämlich im wesentlichen wir. Die Geber wären da, hätten wir die Kinder gekriegt. Sie sind also nicht nur Wenigzahler, sondern auch nur wenige Menschen, die dahinter stehen. Die sind nicht da; die haben wir nicht – oder jedenfalls nur zur Hälfte – geboren.

Nachhaltigkeitslücke im Generationenvertrag

Und jetzt wird sich Ihr mulmiges Gefühl noch weiter verstärken. Wir sehen jetzt einen Menschen, einen Durchschnitt. Jetzt müssen wir das Ganze mit der Zahl der Menschen gewichten, die dahinterstehen. Wir multiplizieren das Generationenkonto des Nulljährigen mit der Anzahl der Nulljährigen. Die Durchschnittszahlung der Nulljährigen mal die Anzahl der Nulljährigen ergibt die Nettzahlungen all derjenigen, die heute im Kreissaal liegen. Entsprechend geht es weiter: Durchschnittszahlung der Einjährigen mal Anzahl der Einjährigen, Durchschnittszahlung der Zweijährigen mal Anzahl der Zweijährigen usw. Sie nehmen also die Summe der Durchschnittsgenerationen, gewichten sie aber immer mit der Anzahl der Menschen, die in dem jeweiligen Jahrgang stecken. Schließlich summieren Sie alles auf. Dann haben Sie das, was alle, die wir heute in deutschen Grenzen leben, insgesamt zahlen minus das, was alle, die wir heute in deutschen Grenzen leben, insgesamt wollen. Das ist die Kernidee der Generationenbilanz. Wenn diese Zahl null ist, dann sprechen wir von einer nachhaltigen Situation. Dann zahlen wir, die wir da sind, alles das, was wir, die wir da sind, wollen.

Wenn diese Zahl allerdings nicht null ist, sondern negativ – wenn wir, alle die 80 Millionen, also mehr wollen, als wir geben –, dann sprechen wir von der sogenannten Nachhaltigkeitslücke. Da fehlt etwas an Nachhaltigkeit: Das ist das, was wir unseren Kindern eigentlich noch zusätzlich mitgeben müßten, damit sie bei gleicher Beitragshöhe mit demselben Leistungskatalog durchs Leben gehen können wie wir. Das ist die Nachhaltigkeitslücke. Wollen Sie wissen, wie groß sie ist? Das ist eine große Zahl. Um Ihnen die Nullen zu ersparen, habe ich eine große Zahl durch eine andere große Zahl dividiert. Dann sind die Nullen weggekürzt. Ich habe die Nachhaltigkeitslücke genommen und durch das Bruttoinlandsprodukt geteilt. (Das Bruttoinlandsprodukt ist das, was wir – wir alle, die 80 Millionen – in einem Jahr produzieren. Es beträgt ca. 2 Billionen €. Ich weiß nicht, ob Sie sich diese Zahl vorstellen können; sie ist verdammt groß.) Die Nachhaltigkeitslücke, die in unserem System steckt, beträgt in Prozent des Bruttoinlandsprodukts 70,4 %. Anders gesagt: Um unseren Kindern dasselbe Leistungsspektrum zu bieten,

müßten wir eigentlich Rücklagen in Höhe von 1,6 bis 1,7 Billionen € gebildet haben. Und wie viel haben wir im System der gesetzlichen Krankenversicherung? Wir haben minus 20 Milliarden €, nicht plus 1,6 Billionen €.

Und diese Zahl ist schlicht zu vergessen. Warum? Diese Zahl ist total falsch. Warum ist sie falsch? Na, ich frage Sie mal: Warum, bitte schön, machen wir seit 30 Jahren Kostendämpfungsgesetze in Deutschland? Die Antwort ist aber einfach. Wenn wir dämpfen, muß da auch irgend etwas in der Art drin sein. Es muß also irgendwo ein Kostendruck drin sein; denn sonst würden wir nicht seit 30 Jahren Kostendämpfungsgesetze machen. Die Preisentwicklung im Gesundheitswesen muß also eine andere als die von allgemeinen Gütern sein.

Jetzt stellen wir uns einmal vor, daß in dem System tatsächlich ein gewisser Kostendruck schwebt. Wenn man Gesundheitsökonom fragt – und ich bin keiner; deshalb habe ich sie gefragt –, wie hoch dieser Kostendruck denn ist, dann sagen sie einem immer: 1,5, 1,8 oder 2 Prozentpunkte oberhalb der

Preisentwicklung. Anders gesagt: Wo die Kaffeemaschine meinetwegen 2 Prozentpunkte teurer wird, weil sie vielleicht auch besser wird, wird der Computertomograph eben um 4 % besser und teurer. In Freiburg sind wir immer optimistisch. Also habe ich gesagt: Wenn die Gesundheitsökonom 2 % sagen, nehme ich die Hälfte und gebe einen ganz kleinen Kostendruck in das System rein. Wir haben also 1 Prozentpunkt Kostendruck genommen. Dort liegt eine gewisse Schere über eine gewisse Zeit drin. Dann haben wir wieder die Generationenkonto gerechnet. Wir haben – gegeben das Leistungsniveau von heute sowie dieser leichte, optimistisch angenommene Kostendruck – ausgerechnet, was jeder einzelne Jahrgang netto einzahlt. Und jetzt schauen Sie sich das Malheur einmal an! Unter der Annahme, daß ein leichter, optimistisch angenommener Kostendruck im System steckt, kennt die Generationenbilanz keinen Balken mehr, der nach oben geht, sondern nur noch Balken, die nach unten gehen. Anders gesagt: Es gibt in Deutschland keinen einzigen Jahrgang, der unter optimistischen Rah-

menbedingungen auch tatsächlich das in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einzahlt, was er von diesem System will.

Dieses System hat sich ausgebootet. Es ist überhaupt kein Generationenvertrag mehr; denn alles geht nach unten. Das ist eine Bereicherungsanstalt zu Lasten künftiger Generationen, aber kein Generationenvertrag; denn es gibt im System keinen Zahler. Deswegen gibt es auch im Querschnitt keine Umverteilung von jungen Erwerbstätigen an nicht mehr erwerbstätige Alte mehr. Das System ist: Nehme jeder, was er kriegen kann!

Und die Rechnung kriegen zukünftige Generationen. Womit? Mit der Nachhaltigkeitslücke. Und die beträgt nicht 70 %, sondern 200 %. Sie beträgt zweimal 2 Billionen €. Anders gesagt: Wir brauchen 4 Billionen € als Reservenbildung im System, damit es unsere Kinder genauso haben wie wir. Es sind aber minus 20 Milliarden € drin, so daß da eine Menge fehlt. Die Lücke ist groß. Diese Lücke ist ja nichts anderes als das kumulierte Defizit über alle Jahre.

**Weiter kommen
als man denkt.**

VR-FinanzPlan: Machen Sie aus Ihrem Geld systematisch mehr. Wir helfen Ihnen dabei mit einer individuellen Finanzplanung: von Anfang an, ein Leben lang. Sprechen Sie mit uns.

*Wir machen
den Weg frei*

**Volksbanken
Raiffeisenbanken**

Wir arbeiten im Finanzverbund mit der WGG-Bank Westdeutsche Genossenschafts-Zentralbank eG, Bausparkasse Schwäbisch Hall AG, DG HYP Deutsche Genossenschafts-Hypothekbank AG, DIFA Deutsche Immobilien Fonds AG, Münchener Hypothekbank eG, B+V Versicherung AG, Union-Investment-Gruppe, VR-Leasing AG, WESTFÄLISCHE LANDSCHAFT Bodenkreditbank AG.

Aus für den Generationenvertrag

Jetzt können wir folgendes Experiment machen: Wir nehmen einfach nicht das Defizit über die ganze Zeit, sondern das Defizit der einzelnen Jahre. Wir brechen die 200 % in die einzelnen Jahrgänge runter und verfolgen, wo das Defizit entsteht. Und dann schließen wir diese Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung. Womit können wir die Nachhaltigkeit wiederherstellen? Wir haben nur zwei Möglichkeiten: Entweder kürzen wir die Leistungen, oder wir erhöhen die Beiträge – eins von beidem oder jede mögliche Zwischenform.

Was ist die wahrscheinlichste Lösung, die Leistungskürzung oder die Beitragserhöhung? Nun ja, wir haben einmal die Beitragserhöhung genommen. Was wäre also, wenn wir versuchten, die Nachhaltigkeit durch Beitragserhöhungen wiederherzustellen? Nehmen wir einmal den unrealistisch optimistischen Fall, daß alle Kostendämpfungsmaßnahmen, die früher nie gegriffen haben, in Zukunft greifen. Anders gesagt: Was immer schon schief gegangen ist, geht jetzt gerade. Es handelt sich also um unrealistisch optimistische Annahmen. Da landen wir wahrscheinlich bei 18 bis 19 %, wobei zu berücksichtigen ist, daß die demographischen Annahmen, die dahinter stehen, noch sehr, sehr optimistisch sind.

Jetzt nehmen wir einmal an, daß wir nicht unrealistisch, sondern realistisch optimistisch sind und einen leichten Kostendruck berücksichtigen. Was brauchen wir dann, um die Nachhaltigkeitslücke zu schließen? Im realistisch optimistischen Fall sind wir bei 25,x % Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist aber immer noch optimistisch. Die realistischen Projektionen zeige ich nicht; denn die glaubt mir schlichtweg kein Mensch mehr. Im optimistischen Fall sind wir also in etwa bei 25 %. Um das in aller Deutlichkeit zu sagen: Dieser Kostendruck von 1 % ist wirklich Optimismus.

Wir können uns jetzt fragen, ab wann unser Generationenvertrag Gesetzliche Krankenversicherung eigentlich kein Generationenvertrag mehr ist. Ab wann ist die Bilanz auf der Nulllinie? Welchen Kostendruck brauchen wir dafür im System? Es sind 0,1 %. Wenn die Preise im Gesundheitswesen 0,1 % stärker steigen als der Rest, gibt es in Deutschland keinen Jahrgang mehr, der netto Beiträ-

ge zahlt; alle werden zu Nehmern. Das ist natürlich ein ziemlich starker Tobak.

Können wir die Nachhaltigkeit wiederherstellen?

Was machen wir jetzt? Wollen wir die 25 % unseren Kindern tatsächlich zumuten? Wohl kaum. Wir müssen die Nachhaltigkeit wiederherstellen, und zwar nicht durch eine Beitragssatzerhöhung auf 25 %. Vielmehr müssen wir die gesetzliche Krankenversicherung in irgendeiner Form wieder zu einem Generationenvertrag machen.

Lösungsmöglichkeiten der Politik

Da gibt es vielfältige Lösungsmöglichkeiten. Eine Lösungsmöglichkeit ist das Y-Modell der Rürup-Kommission. Die Y-Variante der Rürup-Kommission ist ein Lösungsmodell ohne Lösung; denn ein Y, bei dem man sich nicht entscheiden kann, was denn da oben steht, kann unmöglich wirklich eine Antwort für die Politik sein. Für die eigentliche Fragestellung hat die Verzweigung des Ypsilon in die beiden Facetten auch gar keine Relevanz. Der Punkt ist doch folgender: Nachhaltigkeit erzeuge ich nicht, wenn ich nun über Beiträge für alle oder über Kopfpauschalen finanziere. Denn da, wo der zukünftige Beitragszahler nicht geboren worden ist, kriege ich den zukünftigen Kopfpauschalzahler auch nicht wieder rein. Für die Nachhaltigkeit ist es daher vollkommen irrelevant, ob ich eine Kopfpauschale oder eine Bürgerversicherung habe. Einen Unterschied gibt es lediglich in bezug auf das Lohnnebenkostenargument.

Mit der Frage, welche Bemessungsgrundlage ich denn nehme, stehe ich natürlich nur auf einer Seite des Ypsilon; denn die Bürgerversicherung verbreitert die lohnbezogenen Beiträge. Aber wenn schon der Lohnbezug falsch ist, dann ist der Einkommensbezug, also die Verbreiterung, natürlich doppelt falsch; ich verbreitere ja eine falsche Bemessungsgrundlage.

Die Kopfpauschallösung ist da schon deutlich besser, und sie vermindert die Lohnnebenkosten. Allerdings beschränkt sie sich auf eine Verteilung zwischen uns. Damit hat sie mit Nachhaltigkeit nichts zu tun und sollte in dieser Kommission auch gar nicht diskutiert werden. In bezug auf die Nachhaltigkeit geht es um etwas ganz anderes, näm-

lich um die Frage: Wie entlasten wir unsere Kinder, bzw. wie belasten wir sie weniger? Genau diese Frage löst die Kopfpauschale aber nicht.

Die zweite Facette der Lösung haben wir am letzten Freitag bekommen. Sie hieß: Wir machen keine paritätische Finanzierung der Krankengeldversicherung mehr. Wie man, bitte schön, einen Haushalt saniert, indem man etwas, was sowieso nicht da ist, nämlich Parität, dann auch noch abschafft, ist mir völlig schleierhaft. Und wie man das dann auch noch öffentlich als Kosteneinsparung verbreiten kann, obwohl dieselben Kosten nur anders, aber in der Inzidenz genauso wie vorher finanziert werden, ist mir auch völlig schleierhaft.

Durch die weiteren Ausgabensenkungen bei den Zuzahlungen im Zahnarztbereich haben wir eine Entlastung. Die Entlastung beträgt ca. 0,1 Prozentpunkte Beitragssatz. Wir haben also einen Riesenschritt gemacht!

Auf der Einnahmenseite haben wir allerdings ein stolzes Resultat. Wir haben es mal wieder nicht geschafft, unsere Ausgaben in den Griff zu kriegen und sie in irgendeiner Weise an das anzupassen, was ganz natürlich ist, nämlich den Sinusverlauf der Konjunktur. Mit Verlaub: Das, was wir heute erleben, werden wir in zehn oder 15 Jahren wieder erleben. Wir werden zwischendurch immer wieder mal eine Rezession haben. Der Punkt ist aber, daß unsere Ausgabensysteme nur dann funktionieren, wenn wir in oberen Situationen, in guten Konjunkturverläufen, sind. Sobald wir in mittleren oder schlechten sind, müssen wir anpassen. Letztes Jahr gab es eine Anpassung durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. So kam natürlich mehr Geld ins System rein. Das einzige, was einem einfällt, wenn man die Ausgaben nicht im Griff hat, ist: Mehr Geld rein ins System!

Und dann hat uns Frau Schmidt etwas vorgeschlagen, was überall auf Beifall stieß: Wir brauchen mehr Geld. Wir nehmen es von den Rauchern und schlagen 1 € auf die Packung Zigaretten drauf. Wir sollen die Raucher belasten – so wurde das in der Pressekonferenz gesagt –, weil sie für die Krankenversicherung schlechte Risiken sind.

Nun sind Sie vom Fach und wissen viel besser als ich, daß die Raucher eigentlich gute Risiken sind; denn der Punkt ist: Die erleben ihre teuren Jahre gar nicht, die sterben vorher. Genau des-

Natürlich bei Aphthen
und Entzündungen.
Natürlich punktgenau.



Bei Bläschen auf der Mundschleimhaut

- Bewährt seit über 80 Jahren
- Natürlich wirksam
- Punktgenau anwendbar
mit patentiertem Pinset-Set
- Zähne und Zahnfleisch schonend

Pyralvex®

Mundum wirksam. Seit 80 Jahren.

Zusammensetzung: In 10 ml Pyralvex®-Lösung: Riboflavinlösung (50% Hydroxycinnolonen-Derivate) 0,5 g, Salicylsäure 0,1 g. Sonstige Bestandteile: Ethanol, gereinigtes Wasser. In 10 g Pyralvex®-Gel: Riboflavinlösung (20% Hydroxycinnolonen-Derivate) 0,5 g, Salicylsäure 0,1 g. Sonstige Bestandteile: Ethanol, Glycerol, Triethanolamin, 4-Aminobutylsterbin, Menthol, Saccharin-Natrium, Polyaerylsäure. Indikationen: Zahnfleisch- und Mundschleimhautentzündungen; Gingivitis, Stomatitis, Aphthen, Zahnungsbeschwerden, Prothesendruckschmerzen. Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, insbesondere Salicylsäure. Warnhinweis: Enthält Ethanol (Lösung: 58,5 Vol.-%; Gel: 35 Vol.-%). Dosierungsanleitung: 3x tgl. einprägen bzw. etwa 1 cm langen Strang einmassieren. Handelsformen: Lösung: OP mit 10 ml (N1) und 30 ml (N2), AP mit 100 ml; Gel: OP mit 15 g (N2). Bitte Fach- und Gebrauchsinformationen beachten. Stand: 10/2001

halb sind das keine schlechten Risiken, sondern gute Risiken. Nein, da muß kein Euro drauf, da muß eigentlich ein Euro subventioniert werden. Aber es kommt noch viel härter. Da, wo die Raucher mittlere gute Risiken sind, in der Krankenversicherung, sind sie klasse Risiken in der Rentenversicherung. Die Rentenversicherung würde ohne die Raucher schon heute ein wirkliches Notprogramm sein; denn die Raucher zahlen viel ein. Und was kriegen sie? Einen Appel und ein Ei; die sterben schlichtweg vorher. Das heißt, wo Schmidt noch mal 1 € aus der Tabaksteuer in die Krankenkasse einschießen muß, nämlich als Subvention, als Minussteuer, muß sie als Rentenministerin noch mal 2 € subventionieren. Wissen Sie, was dann die Packung kostet? Die kostet gar nichts, wir müssen eigentlich das Zeug umsonst verteilen.

Aber was ist denn, wenn der Euro zuviel des Guten ist und die Raucher jetzt wirklich aufhören? Was ist, wenn das, was man will, nämlich die Raucher dazu zu bringen, nicht mehr zu rauchen, also das, was Frau Schmidt als Begründung für die Steuer angebracht hat, ernst genommen wird und eintritt? Dann haben wir kein Tabaksteueraufkommen mehr, dann springt nicht nur Schmidt im Dreieck, sondern auch Eichel noch dazu, weil dem das ganz normale Tabaksteueraufkommen wegbricht. Genau damit rechnet er im Moment auch; denn er hat bestimmte Erfahrungen, die er in der letzten Pressekonferenz schon einmal hat anklagen lassen. Die Erfahrungen gehen zurück auf den Horizont, den Sie auch haben. Erinnern Sie sich an den großen Sprung Anfang der 80er Jahre? Damals wurde die Packung 1 DM teurer. Die Tabaksteuer brach drei Jahre lang total ein. Erst danach ging es wieder langsam aufwärts. Was haben die Raucher gemacht? Weniger geraucht, sie haben mehr gedreht, und wir hatten einen enormen Schub an illegal eingeführten Zigaretten. Seitdem haben wir die Vietnamesen-Mafia, nicht erst durch die Wiedervereinigung.

Bekanntmachung der Firma
lege artis Pharma GmbH,
Breitwasenring 1, 72135 Dettenhausen:
Die fiktive Zulassung von

Fokalmin Paste

ist erloschen und die Verkehrsfähigkeit des Produktes endet damit. Die Bestände an Fokalmin Paste werden zur Gutschrift über den Dentalhandel zurückgerufen.

So sehen Sie jetzt auch Schmidt und Eichel gemeinsam beten: Gebe Gott, daß die Raucher weiter qualmen und quarren, was sie können; denn sonst kriegen wir echte Probleme. Das machen sie im übrigen bei der Ökosteuer genauso. Da haben sie auch die Rentenversicherungsbeiträge gesenkt und haben gebetet, daß die Leute genauso schnell fahren wie früher und um Gottes willen keinen Kilometer weniger. Sonst hätten wir die Renten nicht finanzieren können. Und wir sind nun mal so, wir lassen uns nicht besonders gern von Lenkungssteuern lenken, wir verhalten uns vorher und nachher genauso. Das ist auch der Grund, weshalb wir bei der Rentenversicherung jetzt nicht nur die Ökosteuer, sondern demnächst auch wieder den alten Beitragssatz zahlen: weil uns schlichtweg die Ausgaben weglafen. Das ist der Punkt in allen diesen Systemen: Die Ausgaben sind es. Man muß die Lösung an die Ausgaben anknüpfen.

Wie machen wir das? Das hatte ich schon einmal im letzten Sommer gesagt, nämlich als Freiburger Agenda und nicht als Agenda 2010. Wenn wir bis 2010 warten, ist im übrigen alles zu spät. Insofern ist der Name dieser Agenda 2010 ein Witz.

Pragmatische Lösungsmodelle

Die Kopfpauschalen können wir als gerechtere Form der Einnahmenseite mitnehmen, aber sie lösen unser Problem nicht. Unser Problem bekommen wir nur durch Folgendes gelöst: Wir müssen erstens den Kostendruck aus dem stationären Bereich herausnehmen: durch Einzelvertragsverhandlungen mit Krankenhäusern und Krankenkassen. Alle Krankenhäuser, alle Krankenkassen sind befugt, in Einzelvertragszustände zu gehen, wettbewerblich Preise auszuhandeln, und dann gibt es Gebührenordnungen nicht allgemeiner Natur, sondern schlichtweg pro Krankenhaus. Das eine Krankenhaus nimmt das, das andere ein paar Kilometer weiter nimmt jenes. Vielleicht nimmt es bestimmte Leute von bestimmten Kassen nicht mehr an, weil die Kasse mit ihm keinen Vertrag hat. Oder anders gesagt: Wenn die dahingehen, kriegen sie die Kostenpauschale, die mit dem Krankenhaus nebenan vereinbart worden ist, von ihrer Kasse und nicht mehr. Also reine freie Preisgestaltung im stationären Bereich; das ist der Punkt. Dann erhalten wir dort Wettbewerb. Der beste Preis ist immer der Wettbewerbspreis.

Zweitens: Ein System, in dem der Leistungserbringer – das wissen Sie selbst – nicht weiß, was er für seine Leistung kriegt, und wo der Leistungsnachfrager zu wissen glaubt, daß er es umsonst bekommt oder – das trifft den anderen Teil – zu meinen glaubt, daß er mindestens herausholen muß, was er einzahlt, ein solches System kann und wird auf Dauer nicht funktionieren.

Wir brauchen einen Preis. Wie kriegen wir einen Preis in ein System, bei dem es unter Umständen um Leben und Tod geht? In der GKV ist das schon einmal so. Wir nehmen einen Preis in all den Bereichen, in denen es eben nicht um solche harten Dinge geht, sondern wo unterhalb die Steuerungs- und Senkungswirkungen sind. Wir nehmen einen Selbstbehalt in das System auf, wir gehen weg vom Sachleistungsprinzip, rein in die Kostenerstattung – in reine Kostenerstattung! –, aber wir geben bitte schön dann nicht eine Quittung aus, die zu 100 % gezahlt wird; denn die wird zerknüllt und weggeworfen. Eine Quittung, die zu 100 % bezahlt wird, interessiert nicht. Ich brauche eine Rechnung, auf der ich zum Teil sitzen bleibe. Also brauche ich eine Rechnung mit Selbstbehalt, wo Kostenerstattung nur in bestimmten Teilen erfolgt.

Jetzt gibt es mehrere Möglichkeiten. Es gibt die Möglichkeit, die in der Schweiz praktiziert wird. Dort funktioniert es mit Selbstbehalten so: Ich nehme 200 € als absoluten Selbstbehalt pro Jahr, stelle 50 % der Ausgaben obendrauf und deckele das sozialpolitisch mit maximal 500 bis 600 € ab. So macht die Schweiz das, andere Länder verfahren ähnlich.

Wir haben auf Datenbestände eines privaten Krankenversicherers zurückgreifen können, der einen Selbstbehalttarif von 900 € hatte. Das heißt, wir konnten die Kopfschadensprofile, die Sie vorhin gesehen haben, der GKV-Versicherten ersetzen durch die Kopfschadensprofile derjenigen, die 900 € Selbstbehalt haben. Wir haben das Verhalten abgebildet, das sich ergeben würde, wenn wir im System der GKV eine Steuerungswirkung hätten, die in etwa dem entspricht, was die Steuerungswirkung in der PKV bei 900 € Selbstbehalt ist, und zwar für alle ambulanten Leistungen und für alle Medikamente. Das, was ich im Januar 2003 gesagt habe, war völlig ernst gemeint: Die gesamte Zahnbehandlung und den gesamten Bereich des Zahnersatzes hat man aus dem Leistungskatalog der GKV schlicht

zu 100 % zu streichen. Alles raus! Warum? Der Punkt ist natürlich der – und das sagte der Kanzler auch in seiner Rede –, daß man dann in Deutschland die Armen an den Zähnen wiedererkennen kann.

Kein Generationenvertrag Zahnheilkunde

Ich zeige Ihnen, warum das völlig rational ist. Im Fach Zahnheilkunde handelt es sich nicht um einen Generationenvertrag, und das sieht man sofort, wenn man sich die RSA-Daten anguckt. Sieht man die Leistungsausgaben für die 0- bis 100jährigen. Als ich die Ausgabenstrukturen des Bereichs Zahnmedizin sah, habe ich zu meinen Jungs gesagt: Da ist ein Programmierfehler, das kann nicht sein. – Wir haben das dreimal nachgerechnet, und dann haben wir angefangen nachzudenken. Ich habe ein paar Kumpels gefragt, die selbst Zahnärzte sind, und die sagten: Ja, das ist so. – Die wußten das alle, so, wie Sie das wissen. Aber die Welt da draußen weiß es nicht. Sie sehen aber ganz deutlich: Wer ist das allerteuerste Risiko in Deutschland? Das sind die 14- bis

18jährigen, die kriegen pro Kopf-Ausgaben, die drei- bis achtmal so hoch sind wie die Ausgaben für Alte. Das sind die Kieferorthopäden.

Wir haben in Deutschland doch glattweg beschlossen, daß es gut und schön ist, gerade Zähne zu haben. Schöne Zähne sind gerade Zähne. Das mag ja sein. Ich weiß nicht, ob Sie alle meinen, daß es so ist, daß es gute Zähne sind, die gerade sind. Ich bin mir da noch nicht einmal sicher, und ich weiß eines ziemlich genau: Selbst wenn das so sein sollte, dann kann ich auch Brustoperationen oder sonst was in die Gemeinschaftskasse hineinnehmen, dann kann ich auch Haartransplantationen für Männer in den Leistungskatalog der GKV aufnehmen. Was soll noch alles in die Gemeinschaftskasse an Schönheitsoperationen hinein? Das kann doch wohl nicht unser Ernst sein, oder?

Und wenn dann die kleinen Beißerchen gerade sind, werden es leicht steigende Ausgaben pro Kopf. Das ist hin und wieder mal die Krone, hin und wieder mal dies und jenes. Aber da, wo die Vollprothetik oder die Großprothetik wirkt, also irgendwo ab 50, fällt das Profil auch wie-

der. Warum? Die Zahnärzte haben die Deutschen schlichtweg mit so guten Zähnen bestückt, daß sich die Vollprothetik inzwischen auf einen langen Zeitraum erstreckt. Sie haben es billig gemacht, Sie haben uns als Gemeinschaft etwas Gutes getan.

Sie haben damit das Profil altersspezifisch nicht steiler gemacht, sondern sogar flacher. Wenn mir einer erzählen will, daß das hier ein altersspezifisch steigendes Profil sein soll, dann kann ich nicht mehr gucken, dann brauche ich eine Brille, und die wird ja nun gar nicht mehr bezahlt.

Wir haben also ein klassisches RSA-Profil mit altersspezifisch fallenden Kosten. Und jetzt kommt bei Ihnen das Absurde. Wir haben den Beitragssatz genommen, den Sie für Ihr Subsystem brauchen, also GKV, Zahnbehandlung, Zahnersatz.

Was brauchen Sie für einen Beitrag? Sie brauchen in etwa 1,1 %. Bei einem so errechneten Zahlungsprofil im Bereich der Krankenbehandlung, Zahnersatz, Zahnbehandlung zeigt sich deutlich: Bis 16 zahlt keiner was ein, dann zahlen Versicherte im Durchschnitt bis zu 250 €

Zu Besuch in Tegernsee

Aus London: Prof. Dr. Maurizio Tonetti

„PARODONTOLOGIE - INTENSIV“

Moderne Parodontaltherapie für die tägliche Praxis
So, 14. September 2003, 8:30 - 17:30 Uhr

Aus Bad Homburg: Dr. Oliver Pontius

„ENDODONTISCHE MIKROCHIRURGIE“

Theorie, Live-Demonstration und Hands-on-Kurs (max. 10 Teilnehmer)
19. und 20. September 2003

Anlässlich der 1. Internationalen Herbsttagung der DGÄZ

Aus Japan: Masao Yamazaki, Toshihiro Kihara, Tadakazu Obama, Masana Suzuki, Toyohiko Hidaka
Aus Deutschland: Prof. Dr. Georg Meyer, Prof. Dr. Thomas Attin, Dr. Markus Schlee, ZTM Stefan Schunke,
PD Dr. Markus Hürzeler, Dr. Otto Zuhr
Aus der Schweiz: Dr. Claude Rufenacht

„ÄSTHETIK AUS DEM LAND DES LÄCHELNS“

Die Japanische Schule des perfekten Zahnersatzes trifft die europäische Behandlungsphilosophie
Mit Besuch auf dem Oktoberfest in München, Festabend, Kinderbetreuung
und der Möglichkeit zur Zertifizierung zum Spezialisten für ästhetische Zahnmedizin
3. bis 4. Oktober 2003 • Kur- und Kongress-Saal, Rottach-Egern

Aus Chicago: Corky Willhite DDS und Dennis Hartlieb DDS

„NATÜRLICHE ÄSTHETIK“

Die Kunst der unauffälligen Komposit-Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich nach Bud Mopper
11.10.2003: Vortrag 9:00 - 17:30 Uhr (Mit Simultanübersetzung)
12.10.2003: Hands-On-Kurse 8:30 - 12:30 Uhr bzw. 14:00 - 18:00 Uhr (Wdh)

Anmeldungen, Reservierungen, Informationen:

Zahngesundheit am Tegernsee Fortbildungs GmbH • Adelfhofstraße 1 • 83684 Tegernsee
Tel.: 0 80 22 - 70 65 56 • Fax: 0 80 22 - 70 65 58 • Internet: www.z-a-t.de

Kurs kennzeichnen, Felder ausfüllen und an 0 80 22 - 70 65 58 faxen. Sie erhalten umgehend ausführliche Infos.



Name _____ Vorname _____ Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____



Einhellig bedankten sich die Delegierten der Kammerversammlung mit „Standing ovations“ bei Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen für seinen mitreißenden Vortrag.

pro Jahr in Ihr Subsystem ein, und dann fällt das Ganze wieder. Aber eines zeigt sich sehr deutlich: Zwischen 25 und Sterben ist das, was man zahlt, größer als das, was man kriegt. Zwischen 0 und 25 ist das, was man kriegt, größer als das, was man zahlt. Was heißt das fiskalisch? Es ist ein Generationenvertrag. In Ihrem System ist ein Generationenvertrag drin. Das ist aber kein Generationenvertrag in die normale Richtung, das ist ein Generationenvertrag in die andere Richtung, das geht als Umverteilung von Alt an Jung, nicht von Jung an Alt.

Jetzt müssen Sie mein Fach betreten. Mein Fach, die Ökonomie, sagt: In ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem gehört alles, was Leute nicht machen würden, weil sie zu kurzfristig denken, zu kurzatmig handeln. Wir haben eine gesetzliche Rentenversicherung, weil wir glauben, daß, wenn wir sie nicht hätten, die Leute nicht genügend Reserven bilden würden für die Rente im Alter. Wir glauben, daß wir eine Pflege brauchen, weil die Leute sonst nicht vorsorgen würden für die hohen Kosten im Alter. Wir halten die Leute für zu kurzsichtig. Genau das ist der ökonomische Grund, weshalb wir das nicht eine private Versicherung machen lassen, sondern eine soziale Versicherung, und das ist der Grund, weshalb wir das in Umlagefinanzierung machen sollen. Nur: Wo kein altersspezifisch steigendes Profil ist, da gehört das Ding gar nicht in den Katalog hinein. Das darf nicht durch Umlagefinanzierung finan-

ziert werden, das muß privat finanziert werden. Das muß aus der GKV heraus.

Deutschland als Erkenntnis-Schlußlicht

Es gibt kein ökonomisches Argument dafür, daß es drin ist. Das haben alle anderen schon längst entdeckt. Wir in Deutschland sind inzwischen die Letzten in der Welt, die die Zahnbehandlung und den Zahnersatz im Leistungskatalog der GKV haben. Wir haben noch gar nicht realisiert, daß die anderen den Ausstieg schon längst verwirklicht haben. Es gibt keine entsprechenden Ausgaben der GKV in Dänemark, Norwegen, Schweden, England, Amerika, Spanien, Griechenland. Es gibt kein einziges Land auf der Welt – außer Frankreich –, das ebenfalls Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung hat. Frankreich hat das zwar drin, aber die Franzosen haben einen so hohen Selbstbehalt, daß sie den halben Kiefer auswechseln müssen, damit sie überhaupt noch an den Selbstbehalt stoßen. Deshalb kann man überall draußen in der Welt die Armen an ihren Zähnen erkennen. Das ist die logische Konsequenz der Sache.

Nun bin ich manchmal draußen in der Welt: Ich kenne z. B. sehr gut Norwegen, sehr gut Amerika, sehr gut Dänemark. Ich habe dort überall mal gelebt und bin dort auch zum Zahnarzt gegangen. Gehen Sie mal nach Norwegen. Ich habe mir den Spaß gemacht und im Kollegenkreis herumgefragt. Die dort haben

ein, zwei Plomben im Mund. Es ist unglaublich, wie hoch der Anteil an naturgesunden Gebissen in den skandinavischen Ländern ist. Und die zahlen keinen Pfennig dazu. Was machen sie also? – Prophylaxe, Versiegeln in bestimmten Altersgruppen. Nicht der Staat sagt, man müsse sein Kind mit zwölf zum Versiegeln schicken. Aber die Versicherung sagt: Wenn du das nicht tust, ist dein Beitrag doppelt so hoch. – Und nichts wirkt besser als der Preis! Deshalb kann man in Norwegen die Armen nicht an den Zähnen erkennen, sie haben genauso gute Zähne wie die Reichen. Aber in Deutschland, wo wir Zahnheilkunde im System der GKV haben, gehe ich mit Ihnen jede Wette ein, daß, wenn ich die Anzahl von Plomben und Prothetik auf das Einkommen korreliere und daraus einen statistischen Korrelationskoeffizienten mache, dieser 95 bis 98 % beträgt.

Jetzt noch einmal zu der Aussage "In Deutschland soll man die Armen nicht an den Zähnen erkennen". Aber wir erkennen sie, und zwar deshalb, weil das im System der GKV ist. Es ist alles genau umgekehrt wie das, was die Politik uns immer wieder auf den Tisch legt. Und das muß man einfach herausstellen.

Was wäre, wenn? Was wäre, wenn wir es schaffen würden, diese Reformmaßnahmen, diese drei Dinge auf der Ausgabenseite zu implementieren? Dann hätten wir aus dem, was kein Generationenvertrag mehr ist, wieder einen gemacht; denn es gibt dann wieder Zahler. Die Nachhaltigkeitslücke von zweimal 2 Billionen € würde deutlich reduziert. Die Kostendämpfung im stationären Bereich schafft ein Viertel des Problems weg. Der Selbstbehalt schafft das meiste; das ist fast die Hälfte des Problems. Der Anteil der Zahnmedizin ist nicht so besonders groß, diese Ausgaben machen nur 7 bis 8 % der Gesamtausgaben aus. Aber auch hier senken wir die Nachhaltigkeitslücke um 40 %. Der größte Teil kommt durch die Steuerungswirkung des Selbstbehaltes.

Auch in der Rürup-Kommission ist es völlig unumstritten, daß wir Steuerungswirkungen brauchen. In der Kommission gibt es allerdings hinsichtlich der Steuerungswirkung auch eine Y-Spaltung. Auf dem einen Y-Ende stehen Leute wie ich, die sagen: Setzt da doch Preise fest. Mit Preisen macht ihr Wettbewerb, mit Preisen macht ihr auch Qualität. Die Leute werden sich gut überlegen, wohin sie

gehen und wem sie ihr Geld bringen. Die werden Qualität nachfragen. Dann kommt immer dieses elende Argument: „Aber die Leute wissen doch gar nicht, was gut ist.“ Als ob irgendeiner von uns weiß, wie ein Fernseher funktioniert! Dennoch haben wir durch den Preiswettbewerb ein gestochenes klares Bild. Preiswettbewerb funktioniert bei Unwissenheit genauso wie bei Wissen. Das funktioniert durch Flüsterpropaganda. Und die Leute werden sich bestimmt was flüsteren, wenn es 900 € kostet.

Ein Institut Qualitätssicherung

Was ist das andere Ende des Y-Diagramms? Das sind die, die auch Qualität sichern wollen. Durch was? Durch das, was 30 Jahre schief gegangen ist, nämlich durch Administration. Das muß man sich einmal vorstellen: Die sagen als Kommissionsmitglieder: Wir brauchen ein deutsches Institut für Qualitätssicherung. Eine Kommission, die dazu da ist, Kostendämpfung zu betreiben, Kosten einzusparen, fordert: Gebt uns 1 000 neue Beamtenstellen, damit wir Qualität sichern können. Dann sitzen da 1 000 Leute, die Qualität sichern. Eines ist so klar wie Klopßbrühe: Wenn dieses Qualitätssicherungshauptamt zuschlägt, dann wird nie wirklich Qualität aus der Behörde herauskommen. Qualität kommt durch Preis und durch sonst gar nichts.

Jetzt haben wir es geschafft? Noch nicht ganz. Sie sehen, die Beitragssatzentwicklung geht zunächst herunter. Da, wo der 900-€-Selbstbehalt wirkt, reduziert er die Beitragssätze gewaltig. Wir kriegen für jeden eine Beitragssatzreduktion von etwa einem Siebtel der entsprechenden Ausgaben. Das ist nicht wenig. Das sind für den durchschnittlichen Erwerbstätigen 400, 450 €, die er jedes Jahr spart. Er muß natürlich 900 € für den Fall, daß er krank wird, zahlen. Aber nicht jeder ist jedes Jahr krank. Das heißt, die Gesunden haben ein Plus, bei den Kranken kommt es darauf an, wie oft sie krank sind. Wenn sie chronisch krank sind, also ständig an die 900 € herankommen, müssen wir etwas tun. Aber das tun wir bitte sozialpolitisch abgedeckt. Das tun wir für diejenigen, die es brauchen. Denn nur den chronisch Kranken, der arm ist, will ich durch die Gemeinschaftskasse fördern. Der chronisch Kranke, der sich selbst helfen kann, der muß sich auch selbst helfen. Gemeinschaftskassen machen das, was notwendig ist, von unten. Wir wollen kei-

nen Armen haben, der sich irgendetwas, was notwendig ist, nicht leisten kann. Aber der, der es selbst zahlen kann, darf nicht an die Gemeinschaftskasse herantreten. Die Welt der gesetzlichen Krankenversicherung und auch die Welt Ihres Feldes kann man retten.

Pflegeversicherung in Gefahr

Die nächste Welt ist der andere Bereich der Gesundheitsökonomie, die Pflegeversicherung. Als Einnahmen erfassen wir den Beitrag des Durchschnittsmenschen von 1,7 %. Wir können nur die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung erfassen, die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung kennen wir nicht. Wir kannten die früheren Ausgaben für den bedürftigkeitsgeprüften Fall der Pflege, nämlich den, in der Sozialhilfe stand. Hilfe in besonderen Lebenslagen nannten wir das damals. Das sind Pflegefälle von früher, bei denen nach Bedürftigkeitsprüfung die Pflege bezahlt worden ist. Durch die Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung ist es jedoch deutlich teurer geworden. In der privaten Pflegeversicherung haben wir eine Selektion zu eigentlich guten Risiken. Die Versicherten bleiben viel in der Familie; das hilft dann eher, billiger zu werden. Im Alter steigen die Ausgaben extrem; am Lebensende sind es ca. 7 000 € pro Kopf. Dieser Kopf bedeutet natürlich nicht immer einen Pflegefall, aber in hohen Altersgruppen ziemlich häufig.

Wo die Einnahmen die Ausgaben übersteigen, finden wir die Geber des Generationenvertrags. Da, wo die Ausgaben die Einnahmen übersteigen, sind die Nehmer des Generationenvertrags. Im Moment haben wir ein Defizit. Schon jetzt ist das Geben und das Nehmen von den Flächen her schon ganz komisch verteilt. Allerdings ist die Anzahl der Leute ja auch komisch verteilt.

Sie müssen sich Folgendes klar machen: Da, wo die Geber sind, wird in Zukunft nur die Hälfte sein. Da, wo die Nehmer sind, werden in Zukunft bis zu fünfmal so viele Menschen sein, weil fünfmal so viele von uns 30- bis 50jährigen dann in dem Alter sind. Die Generationenbilanz entpuppt sich als ein Ding der Unmöglichkeit. Selbst wenn wir es schaffen würden, den Kostendruck in der Pflege zu dämpfen, sozusagen die Budgets zu deckeln, würde die Sache nicht gelingen. Blüm hat uns die Pflegeversicherung als Generationenvertrag

verkauft, hat gesagt: „Das ist die große soziale Errungenschaft der deutschen Versicherung“, und wir haben uns gewundert, weshalb kein anderer auf diesem Weg mitkam. Die wußten alle genau, daß sie es um Gottes willen nicht tun sollten. Blüm hat uns schlicht angelegen. Da war noch nie ein Generationenvertrag drin, wo Generationenvertrag draufstand. Es war noch nie die Situation da, daß irgendein Mensch in Deutschland im Durchschnitt das zahlt, was er von der Pflege will.

Es zahlen das also die zukünftigen Generationen. Womit? Mit der Nachhaltigkeitslücke. Wie hoch ist die Nachhaltigkeitslücke der Pflegeversicherung? Keine Ahnung. Im realistisch-optimistischen Fall – mit einem leichten Kostendruck von 1 % – ca. 80 % des Bruttoinlandsprodukts. Da schweben in der gesetzlichen Pflege 1,7 Billionen € an Nachhaltigkeitslücke oder Staatsverschuldung. Das ist statistisch undokumentierte Staatsverschuldung. Insofern müßte man für die Pflegeversicherung aus Brüssel eigentlich einen zusätzlichen blauen Brief abschicken. Man müßte Eichel einen schicken, man müßte Schmidt für die Pflege einen schicken und drei blaue Briefe für die Krankenversicherung. Das ist die eigentliche Dimension des Problems.

Was machen wir nun, wenn die Beitragssätze, die zur Finanzierung der Pflege notwendig wären, die 7 % überschreiten? Wir müssen mehr als 7 % Beitragssatz in der Pflegeversicherung haben, um mich und meine Jahrgänge zu finanzieren. Das muß man sich mal vorstellen: unsere Kinder mit 7 % Pflege-, mit 25 % Kranken-, mit 25 % Renten-, mit 6,5 % Arbeitslosen-, mit 1,5 % Unfallversicherung! Zwei Drittel Sozialabgaben, und vom Rest müssen wir Steuern zahlen!

Was kommt nun hinsichtlich der Pflege auf uns zu? Nichts! Es wird keine Reform der Pflegeversicherung geben können. Wir können das Ding nicht nachhaltig machen. Das geht nicht, das ist unmöglich. Wir sind zu viele, und unsere Kinder sind zu wenige. Das kann man nicht finanzieren. Wir müssen selber heran, wir müssen uns selbst zur Kasse bitten. Wie machen wir das? Wir müssen jede Form von entsprechender Steigerung in den Nominaltransfers der Pflegestufen I bis III vermeiden. Wir müssen die Stufen einfrieren, und zwar nominal einfrieren. Da darf kein müder Euro in irgendeiner Pflegestufe dazu,

und am besten schaffen wir die Pflegestufe I auch noch ab. Dann haben wir ein nigermaßen Ruhe. Wir haben allerdings – das ist klar – einen Leistungsniveauabfall. Wir müssen das flankieren; denn der Punkt ist der: Das ist für die meisten von uns so weit in der Zukunft, daß wir da schon eine gewisse Pflichtversicherung bräuchten, und zwar eine private Pflichtversicherung, die für die Versicherer ein Regularium kennt: Kapitalbildende Tarife. Wenn wir die nicht bekommen, haben wir für unsere Kinder nicht die Entlastung bewerkstelligt, die wir brauchen, um das System für unsere Kinder akzeptabel zu machen.

Wir haben unter den Jungen nämlich ein extremes Akzeptanzproblem. Die wollen diese Dinge nicht mehr. Und wir können nur jetzt reagieren, nämlich mit entsprechender Rücklagenbildung. Das heißt auf gut deutsch: Wir werden doppelt

zahlen müssen. Es geht gar nicht anders. Das ist die „Message“, die man meiner Generation sofort auf den Tisch legen muß. Wir wissen, daß wir doppelt zahlen müssen. Aber wir wissen auch, daß wir das selbst verschuldet haben. Deshalb werden wir es akzeptieren müssen.

Mit einer Hochrechnung haben wir die Generationenbilanz – es ist also ein Generationenvertrag drin – für den Fall des Einfrierens errechnet. Eine Nachhaltigkeitslücke hätten wir dann nicht mehr. Es ist aber ganz klar, daß das Leistungsniveau, das heute bei 100 % liegt, abfällt, wenn ich nominal einfriere. Wie stark es abfällt, hängt davon ab, wie stark die Kostenentwicklung ist. Die Entwicklung der realen Kosten haben wir mit 1, 1,5 und 2 % unterstellt. Je nachdem, was wir unterstellen, kommen Sie im Jahr 2050 bei einem Leistungsniveau

der Pflegeversicherung von 30 bis 50 % an. Das ist die klare „Message“ für meine Generation. Wenn wir Glück haben, erhalten wir also die Hälfte dessen, was die heutigen Pflegefälle bekommen. Wenn wir Pech haben, bleibt uns nur ein Drittel.

Und was ist mit dem Rest, bitte schön? Den müssen wir privat versichern. Dafür müssen wir doppelt zahlen. Es geht nicht anders. Diesen Karren haben wir schon in den Dreck gefahren. Aber man kriegt ihn raus, und zwar aufgrund der langen Frist. Denn der Punkt ist folgender: Die Rente hat im Jahr 2035 ein Problem, die Pflege erst zehn oder 15 Jahre später; wir werden schließlich schneller zum Rentner als wir zum Pflegefall werden. Da hilft dann der Zins- und Zinsseszinsseffekt doch noch ein bißchen, und der ist bei der Kapitaldeckung besonders groß.

Kammerversammlung am 17. 5. 2003

Angenommene Anträge

1 VZN

Die Prüfgesellschaft des VZN muß spätestens gewechselt werden nach Prüfung von fünf Geschäftsjahren in unmittelbarer Aufeinanderfolge.

Begründung: Durch einen regelmäßigen Wechsel der Prüfgesellschaft kontrolliert eine Prüfgesellschaft indirekt die andere.

Dr. Daniel von Lennep

2 Gewerbesteuer und Freiberuflichkeit

Die Kammerversammlung Nordrhein lehnt die Ausdehnung der Gewerbe-

steuer auf die freien Berufe ab. Ein Arzt oder Zahnarzt übt einen freien Beruf aus und kein Gewerbe.

Begründung: Kommunen und Landkreise sind finanziell am Ende,

1. weil der Bundesgesetzgeber den Kommunen immer mehr neue Aufgaben aufbürdet, ohne ihnen neue Mittel zur Verfügung zu stellen.
2. weil die Bundesregierung eine Unternehmenssteuerreform auf den Weg gebracht hat, die sie in ihren Auswirkungen nicht richtig eingeschätzt hat.
3. weil der Bund die Gewerbesteuerumlage, also den Anteil an der Gewerbesteuer, den die Gemeinden an die Länder anführen müssen, angehoben hat.

Nun sollen die freien Berufe die Sache wieder richten. Wer die Axt aus kurzfristigen fiskalpolitischen Gründen und zur Verdeckung eigener steuerrechtlicher Unzulänglichkeiten an die Wurzeln der freien Berufe legt, verändert unsere Gesellschaft massiv.

Freie Berufe sind durch ihre Berufsordnungen an ethische Grundsätze, Werbeverbote, Gebührenordnungen, Hilfspflichten bei der Berufsausübung gebunden. Auf europäischer Ebene gibt es die Gewerbesteuer nur in Luxemburg. Sie gilt in der EU als bedeutender Standortnachteil und ist somit nicht europakompatibel.

*Dr. Kurt J. Gerritz, Dr. Ralf Hausweiler,
Dr. Dirk Erdmann, Dr. Harald Krug,
ZA Udo von den Hoff*

PZM Erfolg mit Prävention

Ein Konzept der Zahnärztekammer Nordrhein für das Praxisteam

14. Einführungsveranstaltung (Kurs-Nr.: 03198)

Freitag, 5. Dezember 2003, 9.00 bis 18.00 Uhr

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

Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein

Telefonische Auskunft erteilt Frau Paprotny (02 11) 5 26 05–23, Anmeldung per Fax (02 11) 5 26 05–21

Gutachten im Gerichtsverfahren

Tatbestand

(Amtsgericht Duisburg, Geschäfts-Nr.: 6 C 93/99):

Der Kläger war von 1983 bis 1993 bei dem Zeugen Dr. B. in zahnärztlicher Behandlung. Die letzte zahnärztliche Behandlung fand dort am 22. 4. 1993 statt. Aufgrund eines Umzuges wechselte der Kläger in die zahnärztliche Praxis des Beklagten. Dort wurde er vom 10. 4. 1995 bis zum 25. 9. 1998 behandelt. Während des gesamten Behandlungszeitraumes stellte der Beklagte bei dem Kläger keinen kariösen Defekt fest. Als der Kläger am 26. 10. 1998 wieder die Praxis des Zeugen Dr. B. aufsuchte, diagnostizierte dieser kariöse Defekte an den Zähnen des Klägers. Der Zeuge Dr. B. behandelte sämtliche von ihm als „kariesbefallen“ festgestellten Zähne mit Füllungen.

Der Kläger behauptet, die zahnprophylaktische Behandlung des Beklagten habe nicht dem zahnärztlichen Standart entsprechen. Bei ordnungsgemäßer Behandlung hätte der Beklagte die am 26. 10. 1998 festgestellte Kariesbildung in ihrem Anfangsstadium rechtzeitig erkennen und verhindern oder zumindest vermindern können. Aufgrund der ärztlichen Fehlbehandlung durch den Beklagten seien die von dem Zeugen Dr. B. vorgenommenen Verfüllungen der Zähne erforderlich geworden.

Der Kläger beantragt,

1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gerichtes gestelltes Schmerzensgeld nebst 4% Zinsen seit dem 29. 1. 1999 zu zahlen.
2. festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger ab dem 28. 1. 1999 zukünftig immaterielle und materielle Schäden zu ersetzen, die sich aus der zahnärztlichen Behandlung bei dem Beklagten zwischen dem 18. 1. 1994 und 25. 9. 1999 ergeben, soweit ein Forderungsübergang auf Dritte Leistungsträger nicht stattgefunden hat.

Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Er behauptet, daß seine Behandlung ordnungsgemäß gewesen sei und dem zahnmedizinischen Standart entsprechen habe. Der Kläger sei aus

der Behandlung des Beklagten mit einem kariesfreien Gebiß entlassen worden. Wegen den weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die gezeichneten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Beweisbeschuß

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptungen des Klägers, die zahnprophylaktische Behandlung des Beklagten in der Zeit 1995 bis 1998 habe nicht dem zahnärztlichen Standard entsprechen. Bei ordnungsgemäßer Behandlung hätte der Beklagte die am 26. 10. 1998 festgestellte Kariesbildung in ihrem Anfangsstadium rechtzeitig erkennen und verhindern oder zumindest vermindern können, so daß einen Monat nach der letzten Behandlung durch den Beklagten notwendig gewordenen Verfüllungen von vier Zähnen durch einen anderen Zahnarzt vermieden worden wären.

Im Hinblick darauf, daß der Beklagte nicht entsprechend dem zahnärztlichen Standard die Vorsorgeuntersuchungen bei dem Kläger durchgeführt habe, seien die nach der Behandlung durch den Beklagten verfüllten Zähne erhöht karies- und verletzungsanfällig.

Unterlagen des Gutachtens

Das Gutachten stützt sich auf das Studium der vom Gericht überlassenen Akte und auf die am 28. 10. 1999 in der Praxis des Gutachters vorgenommenen Untersuchung.

Anamnese

Zur allgemeinen Anamnese macht der Antragsgegner folgende Angaben: Er sei am 2. 8. 1999 zuletzt geröntgt worden. Von Oktober 1999 bis Oktober 2000 solle er täglich das homöopathische Medikament Atropa Belladonna einnehmen, da er häufig unter Anginen leide.

Zur zahnärztlichen Anamnese gab der Antragsgegner folgendes an: Der Gesamtvorgang entspricht dem Tatbestand. Auf Befragen sagte der Kläger, daß die Prophylaxemaßnahmen in der Praxis des Beklagten nach der Methodik und der Verfahrensweise nicht anders

gewesen wären als in der Praxis des Vorbehandlers. Er habe die Praxis umzugsbedingt gewechselt. Er habe seine Ernährungsgewohnheiten nicht geändert. Er nehme täglich etwas Schokolade zu sich. Speicheltests seien bisher nicht durchgeführt worden. Er habe sich noch einmal in die Praxis des Vorbehandlers begeben, um den Eckenaufbau eines Frontzahnes erneuern zu lassen. Dabei seien auch Röntgenaufnahmen der Seitenzähne gemacht worden, durch die zumindest an drei Zähnen Karies festgestellt worden seien. Dieses hätte der Beklagte nicht festgestellt.

Intraoraler Befund

Die Schleimhäute und das Zahnfleisch sind unauffällig. Der Mundhygienezustand ist gut. Die Zähne 33 bis 43 tragen einen Retainer, eine spezielle Form der Schienung nach kieferorthopädischer Behandlung, um Stellungsveränderungen der Zähne zu vermeiden. Der Zahnbettbefund ist unauffällig.

Zahnbefundschema:

				X								X							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
f				X							X								i. D.

Zeichenerklärung:) (: Fehlender Zahn mit Lückenschluß, f: Fehlender Zahn, i. D.: Im Durchbruch befindlicher Zahn

Röntgenbefund

In der Karteikarte der Praxis Dr. B. liegen zwei Röntgenaufnahmen vom 26. 10. 1998 der Seitenzahnbereiche des Klägers vor. Es handelt sich bei den Aufnahmen um sogenannte Bißflügelaufnahmen. Diese werden zur Kariesdiagnostik in den Zwischenräumen der Seitenzähne angefertigt. Die Aufnahmen zeigen jeweils die Kronenbereiche der oberen und unteren Seitenzähne. Durch die rechtwinklige Aufnahmetechnik können die Zahnzwischenräume gut beurteilbar dargestellt werden.



Zahn 45: distaler Defekt; wahrscheinlich verlorengegangene Füllung



Zahn 46: mesial D1, distal fraglich D1

Nach Kitt und Pitz 1990 werden die auf Karies hindeutenden Röntgenbefunde von Bißflügelaufnahmen von D0 bis D4 eingeteilt.

D0	keine Aufhellung
D1	Aufhellung bis zur Hälfte der Schmelzdicke
D2	Aufhellung bis zur Schmelz-Dentingrenze
D3	Aufhellung bis zur Hälfte der Dentindicke
D4	Aufhellung bis zur inneren Hälfte des Dentins

Bei Bißflügelaufnahmen kann die Projektion von Schmelzkaries auf das Dentin zur Fehldiagnose „Dentinkaries“ führen; Dentinkaries liegt nur dann vor, wenn auch im Schmelzbereich eine eindeutige Aufhellung zu erkennen ist. Bei Patienten mit niedriger Kariesprävalenz besteht durch eine zu aggressive Interpretation von Röntgenbildern eine Tendenz zur Überbehandlung. Verfärbungen in Fissuren und Grübchen auf Glattflächen werden fälschlich als Karies diagnostiziert.

Behandlungsbedarf entsprechend Röntgenbefund:

Desinfektion durch Touchierung der Demineralisationsstellen mesial und distal des Zahnes 46 mit 40prozentigem Chlorhexidinlack und folgender Intensivfluoridierung zur Remineralisation.

Erneuerung der okklusal-distalen Füllung 45. Weiteres Screening auf Kariesentstehung in kürzeren Intervallen.

Kariesentstehung und Kariesverhütung

Karies ist eine ansteckende Erkrankung, die von bestimmten Bakterien verursacht wird. Diese Bakterien haben zwei Eigenschaften, die zu Karies führen. Er-

stens bilden sie Säure, sobald sie Kohlenhydrate verdauen, und zweitens haben sie die Fähigkeit, sich fest auf der Zahnoberfläche anzuheften. Zahnfäule entsteht, wenn die Säure der Bakterien die Zahnschubstanz angreift. Eine Kavität (ein Loch im Zahn) ist das sichtbare Zeichen dieser Erkrankung.

Der Speichel hat zwei wichtige Funktionen zum Schutz des Zahnes. Seine erste Abwehrfunktion ist die Verdünnung der Säure, die zweite die Neutralisierung der Säure. Außerdem kann der Speichel kleine Schäden, die die Säure verursacht hat, durch Remineralisation selbst beheben. Fluorid hat sich zudem als ein wirksames Mittel zur Stärkung der Widerstandskraft des Zahns gegen den Säureangriff erwiesen.

Die traditionelle Durchführung der Kariesdiagnostik in der Zahnmedizin ist meist keine Diagnose im medizinischen Sinne, sondern das Aufsuchen von durch Karies verursachten Kavitäten. Eine Kariesdiagnostik im medizinischen Sinne befaßt sich mit dem Feststellen der klinisch oder mit weiteren technischen Maßnahmen nachweisbaren Demineralisationen. Dies bedeutet, daß die Karies zu einem frühen Stadium bereits vor der Kavitation erkannt werden muß. Zusätzlich müssen die die Karies auslösenden Risikofaktoren ebenfalls diagnostiziert werden, um den Bedarf und die Möglichkeiten für eine Intervention festzustellen. Die Beeinflussung erfolgt durch die Reduktion der Risikofaktoren und/oder Steigerung der präventiven Faktoren. Die Kontrolle der Präventionsmaßnahmen erfolgt bei Wiederholungsuntersuchungen durch den Vergleich mit älteren Befunden und der Bestimmung der Kariesaktivität (Reich 2000). In verschiedenen gut dokumentierten Studien wurde in den vergangenen Jahren aufgezeigt, daß die Kariesdiagnose stark von der Lokalisation des jeweiligen Defektes abhängig ist. So ist es z. B. schwierig, aufgrund der Anatomie initiale Läsionen im Fissurenbereich oder auch im Approximalraum festzustellen (Lussi 1998).

Zur Frage der Approximalkaries wird weiter ausgeführt: „Die klinische Untersuchung der Approximalkaries visuell oder mit der Sonde ist schwierig, und die Sensitivität der Kariesdiagnose liegt nur bei etwa 30 % (Meare und Peers 1993). Die Kariesdiagnose im Approximalraum ist klinisch erst bei weit fortgeschrittenen Defekten möglich. Die bisherigen Standardverfahren der Rönt-

genteknik verlangen eine gute Reproduzierbarkeit, wobei sich dennoch Überlappungen in manchen Approximalräumen nicht vermeiden lassen. Neue Verfahren, wie die fiberoptische Transillumination (FOTI/Pine 1996) oder die Laserfluoreszenzmethodik (Longbottom et al. 1999, Wagner et al. 1999) sind vielversprechend, jedoch noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht.

Die Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der GKV umfassen 5 Leistungspositionen:

- IP 1: Mundhygienestatus
- IP 2: Aufklärung über Krankheitsursachen und deren Vermeidung und Intensivmotivation
- IP 3: Überprüfung des Übungserfolges, Remotivation
- IP 4: Lokale Fluoridierung der Zähne
- IP 5: Fissurenversiegelung

Diese Maßnahmen als Mindestleistungen der Individualprophylaxe sind ohne Ermittlung des individuellen Erkrankungsrisikos, ohne Speicheldiagnostik sowie ohne Feststellung der Schwachpunkte in der Abwehr und der Angriffsfaktoren. Prophylaxemaßnahmen auf diesem Niveau können keinen so hohen Erfolgsanspruch erheben wie eine individuelle präventivzahnmedizinische Betreuung.

Nach Auskunft der behandelnden Hausärztin Dr. H. nimmt der Kläger zur Zeit das homöopathische Anticholinergikum Atropa Belladonna. Eine Nebenwirkung des Präparates ist die Hemmung der Speichelsekretion. Durch die Reduktion des Speichelfaktors erhöht sich das Risiko zur Kariesentwicklung erheblich.

Krankenblatteintragungen

Die Krankenblätter des Beklagten und des Vorbehandlers wurden miteinander verglichen, um die Prophylaxebemühungen der verschiedenen Praxen bei dem Kläger zu vergleichen. Der Kläger war im Zeitraum vom 10. 6. 1983 bis zum 18. 1. 1994 in Behandlung der Praxis Dr. B. Vom 17. 3. 1995 bis zum 25. 9. 1998 wurde die Behandlung durch die Praxis des Beklagten fortgesetzt. Vom 26. 10. 1998 bis zum 23. 11. 1998 fand die Behandlung wiederum in der Praxis Dr. B. statt. Zur Klärung der Fragestellung des Gerichts wird der Zeitraum vom 2. 11. 1992 bis zum 23. 11. 1998 betrachtet. Dabei werden vor allem prophylaxebedingte Eintragungen berücksichtigt.

Praxis Dr. B.

Datum	Behandlungsvorgang
2. 11. 1992	Untersuchung, Prophylaxe, Entstehung von Karies, Putztechnik
22. 12. 1993	Untersuchung, bei allen 7ern Fissurenversiegelung erforderlich, gute Mundhygiene, Plaque negativ
18. 1. 1994	Zähne 35–37 und 45–47 Fissurenversiegelung

Praxis Dr. S. (Beklagter)

Datum	Behandlungsvorgang
17. 3. 1995	Untersuchung, Einfärben von Belägen, putzen lassen, Video (IP1, IP2)
10. 4. 1995	IP3, Putztechnik wird etwas besser
28. 4. 1995	Reinigung für Fissurenversiegelung (IP5), Fissurenversiegelung der Zähne 16, 26, 36, 46, 17, 27, 37, 47, IP4
30. 11. 1995	Untersuchung, Einfärben von Belägen, putzen lassen
27. 12. 1995	IP3, IP4
30. 9. 1996	IP3, IP4, Pflege besser, Fluoridbehandlung
12. 9. 1996	Untersuchung, IP1, Einfärben von Belägen, Mundhygieneanleitung, Zahnreinigung, Zahnsteinentfernung
27. 5. 1997	Beratung, Zahn 38 Mundbehandlung Dontisolon
2. 6. 1997	38 Mundbehandlung Dontisolon
20. 2. 1998	Untersuchung, Zahnsteinentfernung, Zahn 38 Mundbehandlung Dontisolon
25. 9. 1998	Untersuchung, Zahnsteinentfernung

Praxis Dr. B.

Datum	Behandlungsvorgang
26. 10. 1998	Untersuchung, Zahn 21 mesialer Eckenaufbau erneuert, Zahn 45 zweiflächige Füllung okklusal-distal, Zahn 47 einflächige Füllung okklusal, Zahn 46 einflächige Füllung bukkal, zweiflächige Füllung mesial-okklusal, Röntgenaufnahmen, Bißflügel rechts und links, Diagnose: Karies Zahn 36 distal, Zahn 46 Karies mesial, Zahn 16 Karies mesial
9. 11. 1998	Zahn 16 dreiflächige Füllung mesial-okklusal-palatal, Zahn 17 zweiflächige Füllung okklusal-palatal, Aufklärung über Notwendigkeit der Entfernung der Weisheitszähne
23. 11. 1998	Zahn 27 zweiflächige Füllung okklusal-palatal, Zahn 36 dreiflächige Füllung mesial-okklusal-distal, Zahn 37 einflächige Füllung okklusal, Patient meldet sich für die Entfernung der Weisheitszähne

Laut Eintrag in die Karteikarte erfolgten die Füllungen an den Zähnen 45–47, 27, 36, 37 ohne Berechnung.

Der Kläger befand sich seit Mitte 1983 bis zum 18. 1. 1994 in der Behandlung der Zahnarztpraxis Dr. B. Erstmals wurden am 2. 11. 1992 Prophylaxemaßnahmen durchgeführt und in den Jahren 1993 und 1994 jährlich ein Mal fortgeführt. Diese Maßnahmen erfolgten im Rahmen der kassenzahnärztlichen Ver-

sorgung. Nach seinem Umzug begab sich der Kläger in die Behandlung der Praxis Dr. S. Auch hier erfolgten in den Jahren 1995 bis 1997 Prophylaxemaßnahmen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung. Während der Behandlung in der Praxis Dr. B. wurden die Untersuchungen und die Prophylaxemaßnahmen jährlich einmal durchgeführt. In der Praxis Dr. S. wurden im Jahre 1995 fünf Sitzungen mit Prophylaxemaßnahmen durchgeführt, im Jahre 1996 zwei Sitzungen. Den Krankenblatteintragen zufolge waren die Prophylaxemaßnahmen in der Praxis Dr. S. zahlreicher und detaillierter. Seit dem 27. 5. 1997 kamen keine Prophylaxemaßnahmen mehr zur Anwendung.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) legen gemäß § 22 Abs. 2 SGB V Art, Umfang und Nachweis der zahnärztlichen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten fest, die das sechste, aber noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet haben. Die Prophylaxeleistungen nach IP 1 bis IP 4 sind in der Anzahl der Erbringung wie folgt limitiert:

- IP 1: einmal pro Kalenderjahr
- IP 2: einmal in drei Jahren
- IP 3: viermal in drei Jahren, im ersten Jahr bis zu zwei Mal
- IP 4: einmal je Kalenderjahr

Nachdem sich der Kläger wieder in die Behandlung der Praxis Dr. B. begeben hat, wurden zahlreiche Füllungsmaßnahmen vorgenommen. Es wurden abweichend von der gutachterlichen Befunderhebung durch Röntgenaufnahmen drei initiale, interdentale Kariesstellen festgestellt, die allein durch klinische Untersuchung mit Sonde und Spiegel nicht feststellbar gewesen wären, da in dem Stadium noch keine Kavitätenbildung stattgefunden hatte. Bis zum 23. 11. 1998 wurden auch keine weiteren Prophylaxemaßnahmen durchgeführt, obwohl der Kläger im Alter von 18 Jahren noch Prophylaxeleistungen im Rahmen der GKV in Anspruch nehmen konnte.

Beantwortung der Frage des Beweisbeschlusses

1. Frage:

Hat die zahnprophylaktische Behandlung des Beklagten in der Zeit vom 10. 4. 1995 bis 25. 9. 1998 nicht dem

zahnärztlichen Standard entsprochen? Bei ordnungsgemäßer Behandlung hätte der Beklagte die am 26. 10. 1998 festgestellte Kariesbildung in ihrem Anfangsstadium rechtzeitig erkennen und verhindern oder zumindest vermindern können, so daß ein Monat nach der letzten Behandlung durch den Beklagten notwendig gewordene Verfüllungen von vier Zähnen durch einen anderen Zahnarzt vermieden worden wären.

Antwort:

Die zahnprophylaktische Behandlung durch den Beklagten in der Zeit vom 10. 4. 1995 bis 25. 9. 1998 entsprach dem zahnärztlichen Standard der Versorgungsmöglichkeiten innerhalb der GKV und ist richtig ausgeführt worden. Gegenüber einer individuellen präventiv-zahnmedizinischen Betreuung mit Bestimmung des individuellen Erkrankungsrisikos verbleibt ein höheres Risiko, z. B. Karies zu entwickeln. Die Röntgen-Bißflügel-aufnahmen wurden rechtzeitig gemacht und haben am Zahn 46 eine beginnende Schmelzkaries Stadium D1 enthüllt, die jedoch keine Füllungstherapie benötigte. Insofern sind die Röntgenaufnahmen sicherlich fehlinterpretiert worden.

Begründung:

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung verankerten Prophylaxemaßnahmen nach den Positionen IP1 bis IP5 sind sicherlich wirkungsvoll, ergeben aber nicht einen optimalen und mit den Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde machbaren Schutz vor Erkrankung an Karies und/oder Parodontitis. Im Unterschied zu den IP-Positionen beginnt die präventive Betreuung eines Patienten mit der Feststellung des individuellen Erkrankungsrisikos für Karies und Parodontitis durch eine umfangreiche Untersuchung der einzelnen Risikofaktoren. Dazu gehören z. B. Ernährungsgewohnheiten, Speichelsekretionsrate, Parameter zur Plaqueformation (bakterielle Belagbildung auf den Zähnen und unter dem Zahnfleischsaum), nicht zuletzt auch biochemische Speicheluntersuchungen und die Bestimmung des mikrobiologischen Keimspektrums der Mundhöhle. Aus der Gesamtheit der Befundergebnisse ergeben sich die Gefährdungsgrade des einzelnen Patienten, Karies und/oder Parodontitis zu entwickeln. Aus den Gefährdungsgraden ergeben sich die im einzelnen notwendigen Prophylaxemaßnahmen, die Häufigkeit ihrer Anwendung sowie die persönlichen Pro-

phylaxemaßnahmen des Patienten. Das Ziel ist die permanente Reduktion des individuellen Erkrankungsrisikos. Zur Überprüfung des Erfolgs wird in regelmäßigen Abständen die Befunderhebung zur Feststellung des individuellen Erkrankungsrisikos wiederholt.

Die beschriebenen Maßnahmen der individuellen präventiven Betreuung ergeben für den Patienten einen optimalen Schutz vor Erkrankung, können aber nicht den restlosen Schutz gewährleisten. Ein Restrisiko bleibt. Jedoch werden die Erkrankungen im Frühstadium erkannt. Dementsprechend gering sind die notwendigen Interventionen. Die beschriebenen Maßnahmen gehen weit über den Rahmen der im Leistungskatalog der GKV verankerten Prophylaxemaßnahmen hinaus. Es wird deutlich, daß die alleinige prophylaktische Betreuung mit Hilfe der IP-Positionen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko zurückläßt. Ausweislich der vorgelegten Röntgenaufnahmen bestand nur für den Zahn 45 die Erfordernis der Erneuerung der verlorengegangenen Füllung. Darüber hinaus bestand kein Anlaß für weitere Füllungen, sondern nur zur Desinfektion der Schmelzläsionen nach D1 beim Zahn 46 und genereller Intensivfluoridierung der Zähne.

2. Frage:

Sind im Hinblick darauf, daß der Beklagte nicht entsprechend dem zahnärztlichen Standard die Vorsorgeuntersuchungen bei dem Kläger durchgeführt hat, die nach der Behandlung durch den Beklagten verfüllten Zähne erhöht kariös- und verletzungsanfälliger?

Antwort:

Restaurierte Zähne sind in ihrer Resistenz den naturgesunden Zähnen unterlegen. Der Grad der Unterlegenheit hängt einerseits von Art und Umfang der Restauration, andererseits von Art und Umfang der persönlichen Prophylaxebemühungen und der präventiven Betreuung durch die Zahnarztpraxis ab. So können kleine, zwingend randspaltfreie, adhäsive Füllungen verbunden mit zweckentsprechenden Prophylaxemaßnahmen einer Retitutio ad integrum nahekommen, können jedoch diese niemals erreichen. Es verbleibt ein erhöhtes Risiko für Karies und/oder Verletzung. Die vorgenommenen Füllungen sind ausweislich des Röntgenbefundes nicht dem Beklagten anzulasten, da eine Indikation für Füllungsmaßnahmen lediglich für den Ersatz der verlorengegangenen Füllung des Zahnes 45 bestand.

Laut Gerichtsbeschuß vom 17. 2. 2000 soll der Sachverständige ergänzend zu den Einwendungen des Klägers vom 10. 2. 2000 Stellung nehmen:

Einwendungen des Klägers

Frage:

Aus welcher zahnmedizinischen Indikation heraus sind beim Kläger trotz versicherungsgedeckter Leistung keine Prophylaxemaßnahmen mehr vorgenommen worden, obschon der Kläger davon ausging, weiter kariesschützend behandelt worden zu sein?

Antwort:

Der Beklagte hat bis einschließlich zum 30. 9. 1996 Prophylaxemaßnahmen nach den sog. IP-Positionen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführt. Diese sind nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 Abs. 2 SGB V festgelegt. Beim folgenden Behandlungstermin am 27. 5. 1997 erfolgte eine Beratung (Ä1) und eine medikamentöse Mundschleimhautbehandlung im Bereich des Zahnes 38. Solche Maßnahmen kommen typischerweise als Schmerzbehandlungen beim Durchbruch von Weisheitszähnen, hier Zahn 38, vor.

Die medikamentöse Mundschleimhautbehandlung bei 38 wurde am 2. 6. 1997 wiederholt. Am 20. 2. 1998 wurde eine Vorsorgeuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach Pos. 01 BEMA durchgeführt. Dabei wurde der Zahn 38 mit „im Durchbruch“ (i. D.) gekennzeichnet. Es wurde Zahnstein entfernt, und es erfolgte wiederum eine medikamentöse Mundschleimhautbehandlung. Am 25. 9. 1998 erfolgte eine weitere Vorsorgeuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach Pos. 01 BEMA. Es wurde wiederum Zahnstein entfernt.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß bis zum 30. 9. 1996 individualprophylaktische Maßnahmen beim Kläger ausgeführt worden sind. Danach folgten Mundschleimhautbehandlungen beim Zahn 38 und Vorsorgeuntersuchungen, bei denen weder Karies noch Zahnbetterkrankungen mit Ausnahme von Zahnstein und Problemen beim Durchbruch des Weisheitszahnes 38 festgestellt wurden. Maßnahmen der Individualprophylaxe sind nach dem 30. 9. 1996 nicht mehr im Krankenblatt vermerkt.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gemäß § 22 Abs. 2 SGB V besagen unter B 8 dritter Abschnitt: „Aufgrund der Untersuchung ist patienten- und befundbezogen zu entscheiden, ob und welche weiteren Prophylaxemaßnahmen indiziert sind. Das bedeutet, daß bei entsprechender Mundhygiene außer dem Mundhygienestatus weitere Motivations- und Unterweisungsmaßnahmen nicht erforderlich sind.“

Es finden sich in den Krankenblattaufzeichnungen des Beklagten keine Angaben im Sinne eines Mundhygienestatus (IP 1), sondern neben der Behandlung des Zahnes 38 nur die Eintragungen über Vorsorgeuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach Pos. 01 BEMA.

Frage: Wurde der Zahn 45 aufgrund einer Karies behandelt oder wurde eine verlorengegangene Füllung erneuert?

Antwort: Nach den Krankenblattaufzeichnungen des Beklagten wurde der Zahn 45 bei keinem Befund als kariös bezeichnet und auch nicht mit einer Füllung versehen. Auch in den Krankenblattaufzeichnungen der Praxis Dr. B. gab es bis zum 18. 1. 1994 keine solchen Befunde oder Behandlungen. Am 26. 10. 1996 begab sich der Kläger in die Praxis Dr. B., um den Eckenaufbau am Zahn 21 erneuern zu lassen. Dieser war zuvor am 12. 9. 1996 in der Praxis des Beklagten erneuert worden. In der Praxis Dr. B. fand laut Krankenblatteintrag an diesem Tag eine Untersuchung des Gebisses des Klägers statt: Zähne 17, 27, 45 und 47 kariös sowie Zahn 21 gebrochen. Es wurden weitere Behandlungsmaßnahmen durchgeführt: Zahn 45 zweiflächige Füllung okklusal-distal, Zahn 47 einflächige Füllung okklusal, Zahn 46 zweiflächige Füllung mesial-okklusal und einflächige Füllung bukkal.

Danach ist die Anfertigung der Bißflügel-Röntgenaufnahmen rechts und links vermerkt mit folgenden Befunden: Zahn 36 distal, Zahn 46 mesial, Zahn 16 mesial (offensichtlich als kariös befundet, aber nicht so vermerkt). Am 9. 11. 1998 wurden weitere Füllungen gemacht: Zahn 16 dreiflächige Füllung mesial-okklusal-palatal, Zahn 17 okklusal-palatal. Am 23. 11. 1998 wurden weitere Füllungen gemacht: Zahn 27 zweiflächige Füllung okklusal-palatal, Zahn 36 dreiflächige Füllung mesial-okklusal-



„Carpe diem!“

**Samstag,
11. Oktober**

2003 9.00-17.00 Uhr

Ihre Dental-Depots laden ein:

Delbeck, Demedis, Dentimed, Gerl, Hager, Hauschild,
Kohlschein, MPS, Nohl, NORDWEST Dental (mit den NöL
Alpha, Bulk), Pluradent, van der Ven

Messe Düsseldorf · Halle 1+2

distal, Zahn 37 einflächige Füllung okklusal.

Die rechte Bißflügelaufnahme zeigt einen okklusal-distalen Defekt des Zahnes 45. Es finden sich keine röntgenologischen Anzeichen für das Vorliegen von Karies. Die Ränder des relativ großen Defektes sind regelmäßig begrenzt. Von daher liegt der Rückschluß auf eine verlorengegangene Füllung nahe, schließt aber eine Verursachung durch Karies nicht völlig aus, da solche große kariöse Defekte schon durch visuelle Untersuchung feststellbar sind. Dies findet sich aber nicht in den gesamten Krankenblatteintragungen bestätigt, demzufolge der Zahn 45 in keiner der beiden Praxen eine Füllung erhielt. Es stellt sich die Frage, ob es sich hier um ein nicht aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen erklärbares Befund handelt.

Es findet sich eine größere Diskrepanz zwischen den Füllungsmaßnahmen der Praxis Dr. B. und den Befunden der Bißflügelaufnahmen, die nicht ein entsprechendes Ausmaß an Kariesbefunden zeigen. Hier könnten Füllungsmaßnahmen im Sinne einer erweiterten Fissurenversiegelung denkbar sein. Bei solchen Maßnahmen werden in ihrer Anlage gefährdete Zahnfissuren oder schon mit Schmelzkaries befallene Fissuren geringgradig aufgeschliffen und mit geeignetem Material gefüllt. Dementsprechende Eintragungen finden sich jedoch nicht im Krankenblatt des Klägers aus der Praxis Dr. B.

Frage: Weshalb erfolgte wegen der weiterzubehandelnden Zähne keine Auswertung der Röntgenaufnahmen?

Antwort: Die Röntgenaufnahmen zeigen keine weiteren Befunde, die auf weiterzubehandelnde Zähne schließen lassen. Dennoch kann die klinische Untersuchung zu Befunden führen, die weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen. Dies insbesondere bei Befunden, die zur erweiterten Fissurenversiegelung führen.

Frage: Können sämtliche Kariesdefekte nur durch Röntgenaufnahmen erkannt werden?

Antwort: Karies wird traditionell durch visuelle Inspektion und Sondierung festgestellt. Besonders in der Kariesfrühdagnostik gilt als gesichert, daß zu frühe Sondierung bei Kariesverdacht die Möglichkeiten der Desinfektion und Remineralisation verschlechtern. Es können

weitere diagnostische Maßnahmen zur Anwendung kommen, wie Trockenlegung der Zähne und Inspektion unter optischer Vergrößerung, Lichttransparenzverfahren, Laserverfahren und Röntgendiagnostik in Rechtwinkeltechnik (Bißflügelaufnahmen). Die Verfahren der Kariesdiagnostik können nicht immer allein zur sicheren Diagnose führen, sondern ergänzen sich gegenseitig. Die Röntgendiagnostik in Rechtwinkeltechnik ist eine sichere Methode, da sie die Zahnflächen mit der geringsten Resistenz gegen Karies sicher darstellt. Dies sind insbesondere die Zahnflächen der Zahnzwischenräume, Füllungsänderungen und Flächen unter Füllungen oder okklusalen Fissuren.

Stellungnahme des Sachverständigen, ergänzend zu den weiteren Einwendungen des Klägers vom 10. 4. 2000:

Frage: Ist ein Mundhygienestatus für die Beschreibung des Mundhygienezustands zwingend erforderlich?

Die zur Dokumentation des Mundhygienezustands nach IP 1 erforderlichen Indices (Plaque-index und Blutungsindex) fehlen im Krankenblatt. Häufig werden diese Blätter gesondert in der Karteitasse aufgehoben. Die übrige Dokumentation ist nicht zu beanstanden.

Frage: Stellt das Unterlassen von Prophylaxemaßnahmen und Röntgendiagnostik eine zahnärztliche Fehlbehandlung dar?

Am 30. 9. 1997 war der Kläger 17 Jahre und 3 Monate alt. Berücksichtigt man die Beschränkungen der IP-Leistungen, so wäre die Erbringung folgender IP-Leistungen bis zum 1. 7. 1997 möglich gewesen: Einmal IP 1, einmal IP 3, einmal IP 4 und nach Indikationsstellung IP 5. Diese Leistungen sind nicht erfolgt. Am 30. 9. 1996 ist im Krankenblatt vermerkt „Pfleger besser“, was sich auf die Zahn- und Mundhygiene bezieht. Ob weitere Prophylaxemaßnahmen erforderlich waren oder nicht, kann von dieser Stelle nicht gesagt werden. Es kann auch nicht gemutmaßt werden, ob sich Indikationen für die Anfertigung von Röntgenaufnahmen stellten. Weiterhin kann auch nicht gesagt werden, ob dem Kläger für die Zeit nach dem Ende der Prophylaxeleistungen durch die GKV, solche als Selbstzahler angeboten wurden. Wenn auch das Unterlassen von Prophylaxemaßnahmen das Kariesrisiko erhöht, so kann dies genau so auf einer Änderung der bakteriellen Mundflora, der Ernährung und/oder einer Än-

derung der Lebensumstände beruhen. Insgesamt aber ist die Einstellung der prophylaktischen Betreuung ohne Information und Aufklärung des Patienten nicht sach- und fachgerecht.

Frage: Hätte der Kläger nach dem 3. 9. 1996 noch Prophylaxemaßnahmen im Rahmen der GKV beanspruchen können?

Auf IP-Leistungen haben Versicherte Anspruch, die das 6., aber noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet haben (6- bis 19-jährige). Diese Bestimmung wurde mit dem 2. NOG geändert: Auf IP-Leistungen haben Versicherte Anspruch, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben (6- bis 17-jährige). Dieses Gesetz trat am 1. 7. 1997 in Kraft.

Frage: Hätte der Beklagte bei ordnungsgemäßer Behandlung des Klägers ggf. mit Hilfe von Röntgenaufnahmen und weiteren klinischen Beobachtungen die Defekte bereits während seiner Behandlung des Klägers feststellen können oder nicht? Bejahendenfalls, ergibt sich daraus eine zahnärztliche Fehlbehandlung durch den Beklagten oder nicht?

Laut Befund des Dr. B. vom 26. 10. 1998 wurden die Zähne 17, 11, 27, 45 und 47 für kariös befunden. Die Röntgendiagnostik der Bißflügelaufnahmen rechts und links zeigt nach seinen Aufzeichnungen Karies an Zahn 36 distal, Zahn 46 mesial und Zahn 16 mesial.

Folgende Füllungsmaßnahmen wurden durchgeführt: Zahn 21 mesialer Ecken- aufbau erneuert, Zahn 45 zweiflächige Füllung okklusal-distal, Zahn 47 einflächige Füllung okklusal, Zahn 46 einflächige Füllung bukkal, Zahn 17 zweiflächige Füllung okklusal-palatinal, Zahn 27 zweiflächige Füllung okklusal-palatinal, Zahn 36 dreiflächige Füllung mesial-okklusal-distal und Zahn 37 einflächige Füllung okklusal.

Der Zahn 37 war im Befund als nicht kariös erfaßt. Die gutachterliche Röntgendiagnostik ergab einen wesentlich geringeren Behandlungsbedarf. Diese Diskrepanz ist von dieser Stelle aus nicht erklärbar.

Die Richterin hat den Fall wie folgt bewertet:

Die Klage ist unbegründet. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Schmerzensgeld, noch auf Feststellung, daß der

Beklagte verpflichtet ist, ihm zukünftig materielle und immaterielle Schäden zu ersetzen. Weder aus positiver Vertragsverletzung des Behandlungsvertrages, noch aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 Abs. 1, 847 BG B ergibt sich ein Anspruch des Klägers gegen den Beklagten.

Zunächst liegt ein Behandlungsfehler des Beklagten nicht vor. Darüber hinaus ist auch der Eintritt eines Schadens bei dem Kläger durch die Behandlung des Beklagten nicht ersichtlich. Hinsichtlich des behaupteten Behandlungsfehlers steht zur Überzeugung des Gerichts fest, daß ein solcher nicht anzunehmen ist. Die Zahnprophylaxe durch den Beklagten war lege artis.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen hat die Behandlung dem zahnärztlichen Standart innerhalb der GKV entsprochen und war geeignet, eine Prophylaxe zu gewährleisten. Insbesondere im Rahmen der Anhörungen am 12. 11. 2002 hat der Sachverständige dies nachvollziehbar erläutert. Lediglich die Indizes befinden sich nicht in der Krankenakte. Dies führt jedoch nicht dazu, daß die Behandlung durch den Beklagten nicht mehr den zahnärztlichen Standards entsprach. Vielmehr handelt es sich allenfalls um einen Dokumentationsmangel, welcher zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr führen kann (Palandt 60. Aufl. 5 823, Rn. 169). Vorliegend kann jedoch von einer Beweiserleichterung oder gar einer Beweislastumkehr nicht ausgegangen werden. Denn bei den fehlenden Indizes handelt es sich lediglich um Zahnschemen, welche nicht in der Krankenakte befindlich waren. Jedoch wurde in der Krankenakte jeweils dokumentiert, daß die Prophylaxe ausgeführt wurde, so daß auch davon ausgegangen werden kann, daß der Befund durch den Beklagten jeweils erhoben wurde. Zudem beziehen sich die Indizes nicht direkt auf die Kariesdiagnostik.

Darüber hinaus ist das Gericht davon überzeugt, daß Karies, welche einer Verfüllung bedurft hätte, nach der Behandlung des Beklagten nicht vorlag. Zwar hat der Zeuge Dr. B. ausgeführt, daß jeweils Karies vorgelegen habe, welche verfüllt werden mußte. Jedoch waren die Bekundungen des Zeugen nicht schlüssig und nachvollziehbar. Hinsichtlich der Zähne 17, 27, 45 und 47 hat er im Rahmen seiner ersten Vernehmung ausgeführt, daß er vor Fertigung der Röntgenbilder Karies entdeckt und

diese jeweils behandelt habe. Er habe hier das Füllmaterial Definite verwendet, welches auf einem Röntgenbild sichtbar sei. Nach dem Röntgen habe er festgestellt, daß auch die Zähne 36, 46 und 16 kariös gewesen seien.

Im Rahmen der ergänzenden Anhörung des Sachverständigen hat dieser bekundet, daß auf den Röntgenbildern an den Zähnen 17, 27 und 47 weder Karies noch eine Füllung sichtbar sei. Ebenso verhalte es sich mit den Zähnen 16 und 36. Dieses Ergebnis hat der Sachverständige klar und deutlich begründet, da Karies sich als dunkle Verfärbung erkennen läßt und Definite sich ebenfalls auf einem Röntgenbild abzeichnet. Am Zahn 45 ist ein Defekt sichtbar, welcher aufgrund seiner scharfen Kontur entweder eine verlorene Füllung ist oder bei Fertigung der Röntgenbilder angebohrt war. Auch hier erklärte der Sachverständige nachvollziehbar auf den Röntgenbildern den sichtbaren Defekt an dem Zahn 45. Hinsichtlich des Zahnes 46 erklärte der Sachverständige, daß zwar eine Schmelzkaries sichtbar sei, da sich diese nur in der ersten Hälfte des Schmelzes befinde, sei jedoch eine Füllung nicht erforderlich gewesen, vielmehr sei aufgrund des Röntgenbefundes lediglich eine Remineralisierung angezeigt gewesen.

Diese nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen führte er in der ergänzenden Anhörung am 12. 11. 2002 weiter aus. Obwohl der Zeuge Dr. B. seine Bekundungen teilweise berichtigte, vermochte das Gericht nicht die Überzeugung zu gewinnen, daß behandlungsbedürftige Karies vorgelegen hat. Vielmehr ist allenfalls von dem Vorliegen von Schmelzkaries auszugehen, welcher jedoch zunächst remineralisiert hätte werden können.

Der Zeuge Dr. B. hat nunmehr bekundet, er habe die Zähne 45 und 47 vor der Fertigung der Röntgenaufnahmen lediglich angebohrt, jedoch nicht verfüllt. Hier hat der Sachverständige überzeugend dargelegt, daß jeweils eine Unterbrechung des Schmelzmantels vorliegt. Hinsichtlich der Zähne 17 und 27 hat der Zeuge Dr. B. ausgeführt, daß er zunächst eine klinische Untersuchung vorgenommen und dann das Röntgenbild gemacht habe.

Der Sachverständige hat wiederum nachvollziehbar dargelegt und anhand der Röntgenbilder aufgezeigt, daß Karies, welche hätte verfüllt werden müs-

sen, nicht vorlag. Denn die Schmelzschicht ist vorliegend intakt, und wenn die Karies bis ins Dentin geht, ist dies nicht mehr der Fall. Wenn aber der Karies schon das Dentin erfaßt hat, dann ist dies auf einem Röntgenbild auch sichtbar. Nachvollziehbar ist die Begründung des Sachverständigen, daß Karies immer von außen komme und deshalb beim Eindringen in die Schmelzschicht diese durchbricht, was dann eben auf dem Röntgenbild sichtbar ist. Auch hinsichtlich des Zahnes 36 waren die Ausführungen des Zeugen Dr. B. nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der Zähne 16 und 46 ist wiederum von einer bloßen Schmelzkaries auszugehen, die jedoch nicht hätte verfüllt werden müssen.

Insgesamt waren die Bekundungen des Zeugen Dr. B. auch im Rahmen der wiederholten Vernehmung nicht schlüssig. Hingegen hat der Sachverständige klare und nachvollziehbare Erklärungen für das Ergebnis seiner Begutachtung abgegeben, die er anschaulich durch Aufzeigen auf den Röntgenbildern untermauerte.

Nach alledem schießt sich das Gericht den Ausführungen des Sachverständigen in vollem Umfang an. Auch die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Einholung eines weiteren Gutachtens durch einen anderen Sachverständigen ist nicht geboten.

Insbesondere im Rahmen der mündlichen Anhörungen am 16. 7. 2002 und 12. 11. 2002 hat der Sachverständige sämtliche zunächst angeblich bestehenden Widersprüche, die nicht zuletzt auch auf die fehlerhaften klägerischen Angaben hinsichtlich des Behandlungsablaufes bei dem Zeugen Dr. B. zurückzuführen waren, ausgeräumt und den Fall nachvollziehbar und überzeugend begutachtet. Auch liegt, wie ausgeführt, nicht etwa eine überzeugende Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. B. vor, die Bedenken an der Richtigkeit und Vollständigkeit des Gutachtens hervorrufen könnte. Ebensowenig sind Anhaltspunkte für eine Befangenheit des Sachverständigen ersichtlich.

Nach alledem kann auch nicht von einem durch den Beklagten verursachten Schaden ausgegangen werden, die Klage war abzuweisen.

(Amtsgericht Duisburg,
Geschäfts-Nr.: 6 C 93/99)

Dr. Rüdiger Butz

Aktueller Stand der Prävention – Teil 1

Risiko-orientierte präventive Behandlungspläne – konventionell und digital –

Zusammengestellt von Dr. Rüdiger Butz

Mit der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnmedizin wird die präventive Intervention vor jede Therapieentscheidung zur invasiven Intervention gestellt. Vor diesem Hintergrund wird zur Orientierung in den folgenden, fortgesetzten Beiträgen der aktuelle Stand der zahnmedizinischen Prävention dargestellt.

Die traditionelle Prophylaxestunde

Die traditionelle Prophylaxestunde ist standardisiert mit den gleichen Inhalten ausgefüllt (Abb. 1):

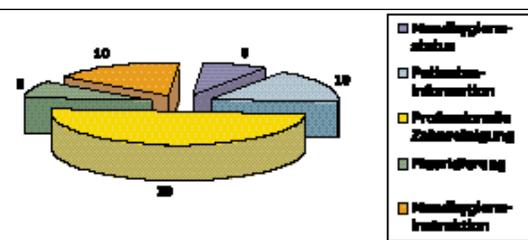


Abb. 1: Graphische Darstellung einer Prophylaxestunde mit durchschnittlichem Zeitaufwand der einzelnen Leistungen

5 Minuten	Mundhygienestatus
10 Minuten	Patienteninformation über Krankheitsursachen
30 Minuten	Professionelle Zahnreinigung
5 Minuten	Fluoridierung
10 Minuten	Mundhygieneinstruktion

Somit werden in jedem Fall bei allen Prophylaxepatienten die gleichen Maßnahmen durchgeführt. Dabei bleiben der Aspekt Über- oder Unterversorgung unberücksichtigt. Nachfolgend wird ein Präventionskonzept vorgestellt, das die Häufigkeit und die Art präventiver Maßnahmen einerseits auf die Bestimmung des individuellen Erkrankungsrisikos andererseits auf eine erweiterte Diagnostik der Zahnläsionen abstellt. So wird die Erstellung eines individuellen

präventiven Behandlungsplans möglich. Dazu folgend die Grundlagen:

Erweiterte Kariesdiagnostik

Die Kariesdiagnostik ist unter dem Einfluß der Prävention und unter dem Postulat der Früherkennung deutlich schwieriger geworden. Die Methodik der Kariesdiagnostik umfaßt die klinische Inspektion, die röntgenologische Beurteilung (Bißflügelaufnahmen) und quantitative Meßmethoden. Als Hilfsmittel bei den Verfahren der Kariesdiagnostik stehen bei der klinischen Inspektion optische Vergrößerungshilfen, Sonden als Tastinstrumente und die faseroptische Transillumination (FOTI) zur Verfügung. Bei der röntgenologischen Beurteilung mittels Bißflügelaufnahmen gibt es Hilfen durch optische Vergrößerung auf dem Röntgenbildbetrachter respektive durch Projektion oder bei digitalisierten Aufnahmen durch eine computergestützte Bildanalyse. Neuere Verfahren zur Kariesdiagnostik stehen als quantitative Meßmethoden zur Verfügung, wie die Fluoreszenzmessung (Diagnodent) und elektrische Widerstandsmessung (ECM). Diese zeichnen sich durch eine zureichende Reproduzierbarkeit aus. Allerdings gibt es zur Zeit kein diagnostisches Verfahren, das zwischen mikrobiologisch aktiver Karies und demineralisiertem Dentin ohne Kariesaktivität differenzieren kann. Mit Ausnahme der elektrischen Widerstandsmessung war die Spezifität in der Diagnostik höher als die Sensitivität, was vermuten läßt, daß mehr negativ falsche Diagnosen vorkommen als positiv falsche Diagnosen.¹

Die Kariesdiagnostik ist von zentraler Bedeutung für ein präventives Betreuungskonzept, denn erst auf der Basis einer differenzierten Diagnostik läßt sich entscheiden, ob und wie nur präventiv oder auch invasiv interveniert werden sollte. Die Detektion verschiedener kariöser Läsionsstadien ermöglicht, die Karieserfahrung auch in einem frühen Stadium einzuschätzen und daraus das allgemeine Kariesrisiko zu bewerten.

Von den vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten und Technologien werden insbesondere diejenigen Verfahren erläutert werden, die bereits für die Praxis verfügbar sind.²

Mit einer geeigneten Kariesdiagnostik läßt sich Karies als aktueller Befund, aber auch als dynamischer Prozeß quantitativ erfassen. Die Therapiefindung sollte sich nach Möglichkeit auf den quantitativ erfaßten Kariesverlauf, die Einschätzung des Kariesrisikos und die Compliance stützen. Besonders wichtig ist dabei die wiederholte Beurteilung der Karies (Verlaufskontrolle), um Über- und Unterbehandlung zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist ein ausreichend großes und abschätzbares Intervall zwischen dem Beginn der Demineralisation an der Schmelzoberfläche und der Entstehung einer irreversiblen Dentinläsion. Die Verlaufskontrolle der Karies im Rahmen von Diagnosezyklen ist nur dann erfolgreich möglich, wenn die Patienten aktiv bei einer individuell angepaßten zahnmedizinischen Betreuung mitarbeiten. Deren Gestaltung hängt vom jeweiligen Kariesrisiko ab. Beim Wechsel des Patienten in eine höhere oder geringere Risikoklasse ändert sich auch das Betreuungskonzept, insbesondere die Recall- und Diagnoseintervalle. So kann ein Patient mit geringem Kariesrisiko und nur einer zahnmedizinischen Kontrolle pro Jahr bei Änderung seiner Lebensumstände (Schulabschluß, Pensionierung, Partnerverlust, Krankheit usw.) kurzfristig ein hohes Kariesrisiko entwickeln. Dementsprechend sollte dann das Betreuungskonzept angepaßt werden.³

Da Karies ein dynamischer Prozess ist, gibt es kariöse Defekte in jedem Stadium der Demineralisation. Daher zielen fast alle Kariesdetektionsverfahren darauf ab, den Mineralverlust zu bestimmen oder sichtbar zu machen. Zusätzlich müssen allerdings aktive Läsionen mit progredienter Demineralisation von inaktiven Defekten unterschieden werden, bei denen die Demineralisation bereits zum Stillstand gekommen ist.²

Darüber hinaus konzentriert sich die Kariesdiagnostik unter präventiven Gesichtspunkten auf die Detektion von Demineralisationsdefekten der Zahnhartgewebe in einem möglichst frühen Stadium, um mittels präventiver Maßnahmen invasive Eingriffe zu vermeiden.² Die kariösen Läsionen können nach ihrer Lage und dem Stadium ihrer Demineralisation unterschieden werden (Tab. 1).

<p>Fissuren und Grübchen: F0: gesund F1: dünne, helle Linie, kreidiger Rand in Fissur oder Grübchen F2: dünne, braune bis schwarze Linie F3: sicherer, offener Defekt F4: Sekundärkaries, Erweichung feststellbar</p> <p>Glatflächen, Approximalfächen in der Front: G0: Gesund G1: Kreidefleck in zerviko-inzisaler Richtung < 2 mm G2: Kreidefleck in zerviko-inzisaler Richtung > 2 mm G3: Defekt G4: Sekundärkaries</p> <p>Definition der radiologischen Läsionsgrade an Approximalfächen: D0: gesund D1: Radioluzenz in der äußeren Hälfte des Schmelzes, Initialläsion D2: Radioluzenz auch in der inneren Hälfte des Schmelzes, keine Dentinveränderung D3: Radioluzenz durch den Schmelz hindurch und erkennbare Radioluzenz im Dentin D4: Sekundärkaries</p> <p>Klassifizierung der Dentinkaries im Zahnhals/Wurzelbereich Z0: gesund Z1: erweichte Oberfläche, gelblich bis bräunlich, kein Defekt Z2: erweichte unregelmäßige Oberfläche, gelb bis dunkelbraun, Defekttiefe < 0,5 mm Z3: erweichte unregelmäßige Oberfläche, gelb bis dunkelbraun, Defekttiefe > 0,5 mm Z4: dunkelbraun, Defekt bis in den Wurzelkanal, (eventuell schmerzhaft)</p>
--

Tab. 1: Abstufung und Lokalisation der kariösen Läsionen³

Daneben gibt es auch nicht kariöse Zahnläsionen, die erosiven und abrasiven Läsionen, die ebenfalls nach der Abstufung und Lokalisation beschrieben werden können (Tab. 2 und 3). Die Prüfung der Aktivität einer Erosion erfolgt durch die Beurteilung der getrockneten Oberfläche: Aktive Erosionen sind durch die andauernde Säureeinwirkung matt und leicht rau, inaktive Erosionen hochglänzend und glatt.

Wie sollten Methoden der Kariesfeststellung und der Risikobestimmung die klinischen Entscheidungen bezüglich Prävention und Behandlung beeinflussen? Es besteht Konsens darüber, daß es keine gute und rigide Evidenz über

<p>Fazialflächen (Frontzahnbereich): E0: keine Erosion E1: Verlust des oberflächlichen Schmelzes, intakter Schmelz zervikal der Läsion, Konkavität im Schmelz, keine Dentinbeteiligung (Differentialdiagnose zum in der Regel scharf geschnittenen Defekt: weiche Kontur der Läsion) E2: Dentinbeteiligung, < Hälfte der Fazialfläche E3: Dentinbeteiligung, > Hälfte der Fazialfläche</p> <p>Glatt- und Okklusalfächen (Seitenzahnbereich): E0: keine Erosion E1: Verlust des oberflächlichen Schmelzes, Füllungsrande beginnen vorzustehen, abgerundete Höcker, keine Dentinbeteiligung E2: schwere Erosion, Dentinbeteiligung</p>
--

Tab. 2: Klassifizierung der Erosionen³

<p>KD0: kein keilförmiger Defekt KD1: Defekttiefe < 1 mm KD2: Defekttiefe > 1 mm</p>

Tab. 3: Klassifizierung der keilförmigen Defekte³

die Diagnostik und Behandlung von Karies gibt. Obwohl wenig sichere Evidenz besteht, wird angenommen, daß Früherkennung und präventive Betreuung, die die Anwendung von Fluoriden, CHX und Versiegelungen einschließen, für die Verhütung von Karies vielversprechend sind.¹

Die Kariesentstehung ist ein multifaktorieller Prozeß, der über einen längeren Zeitraum abläuft. Mit einem einzelnen Parameter kann dieses komplexe Geschehen nicht erfaßt werden. Es gibt daher keinen Risikofaktor, welcher allein eine ausreichende Sensitivität und Spezifität zur Bestimmung des zukünftigen Kariesrisikos aufweist. Sensitivität gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der eine Person mit hohem Krankheitsrisiko als solche erkannt wird. Spezifität gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der eine Person mit niedrigem Krankheitsrisiko als solche erkannt wird. Die Parameter Sensitivität und Spezifität definieren die Zuverlässigkeit eines Testverfahrens (Validität), d. h. diese sagen aus, wie gut eine Zielgruppe mit dem Test bezüglich des Kariesrisikos richtig erfaßt werden kann. Ergeben Sensitivität und Spezifität eine Summe von 160 Prozent, gilt die Validität eines Tests als gut. Für die Einschätzung des Kariesrisikos wären eine minimale Sensitivität von 75 Prozent und eine minimale Spezifität von 85 Prozent wünschenswert.³

Das Individuum ist verschiedenen Kariesrisikofaktoren während seines Lebens in unterschiedlichem Maße ausgesetzt (Tab. 4). Änderungen des Kariesrisikos müssen daher vom Test genügend

	Karies	Erosion	Parodontopathien
Ernährung			
Zuckergehalt	2	1	1
Häufigkeit	4	1	1
Gehalt an freien Säuren	1	4	0
Mundhygiene			
Deutlich sichtbare Plaque	4	0	4
Gingivitis	4	0	4
Blutungsneigung	4	0	4
Falsche Technik, Nachlässigkeit	2	3	4
Ungeeignete Bürste	1	2	2
F-freie Zahnpaste	4	4	0
Zahnstatus			
Engstand	3	0	3
frische Kreideflecken	3	0	1
retentive Füllungen, Kronen	3	0	3
Zahnstein	0	0	1
Speichelsekretion			
reduzierte Menge	4	3	1
reduzierte Pufferung	4	3	0
Mikroorganismen			
Plaquemenge	4	0	4
viele säuretolerante Organismen	4	1	0
Gram(-) bewegliche Organismen	0	0	4
Indirekte Risikofaktoren			
Streß			
chron. Erkrankungen *	3	3	3
Schichtarbeit *	3	3	3
Chron. Medikationen **	3	3	3

* Kann zu großer Häufigkeit im Konsum süßer Snacks und Getränke, sowie Vernachlässigung der Mundhygiene führen.

** Indirekter Effekt über Schädigung der Speichelsekretion, oder bei zuckerhaltigen Medikamenten Erhöhung der Zuckerkonzentration.

Tab. 4: Risikofaktoren und Risikoindikatoren bezüglich der Entwicklung kariöser, erosiver und parodontaler Läsionen (0 = keine bis 4 = große Gefährdung; König, Nimwegen, 1995 in einer Stellungnahme für die Kommission Präventivzahnmedizin der ZÄK Nordrhein.

schnell erfaßt werden können. Werden im Rahmen einer Untersuchung mehrere Faktoren für eine ausgewählte Patientengruppe gezielt kombiniert, lassen sich Sensitivitätswerte über 80 Prozent erreichen. Solche Kombinationen ergeben jedoch nur für diese spezielle Gruppe Sinn und können nicht generell angewendet werden.³

Wird fortgesetzt.

Literatur

1. The Journal of Evidence Based Dental Practice, Mosby, Vol. 1, No 1, Jul. 2001
2. Kariesdiagnostik, M. J. Noack, R. Haak, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Köln, Kariesdiagnostik
3. Zahnfarbene adhäsive Füllungen im Seitenzahnbereich, S. Kersten, F. Lutz, M. Beseck, T. Windeler, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich

Wie gelangt Fluorid in das Speisesalz?

Fluoride sind nach wie vor ein unabdingbarer Bestandteil in der Kariesprophylaxe. Trotz der großen Erfolge auf diesem Sektor in den letzten 15 Jahren in Deutschland müssen wir feststellen, daß ungefähr 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen, leider auch viele Erwachsene nach wie vor eine hohe Kariesaktivität aufweisen. Prof. Dr. **Elmar Hellwig** (Universität Freiburg), aber auch andere Wissenschaftler, haben festgestellt, daß zahlreiche Kinder und nahezu alle Jugendlichen und Erwachsenen durch **gruppenprophylaktische** Maßnahmen überhaupt nicht erreicht werden. „Bei vielen Jugendlichen und Erwachsenen ist zudem der Erfolg **individualprophylaktischer** Maßnahmen durch fehlende Compliance oder soziale Gegebenheiten limitiert.“

Vor diesem Hintergrund gewinnen **kollektive kariesprophylaktische** Maßnahmen, mit der Menschen erreicht werden, die sonst nicht in den Genuß präventiver Maßnahmen kommen, zunehmend an Bedeutung. Da eine **Trinkwasserfluoridierung** in Deutschland aus politischen Gründen nicht durchführbar erscheint, ist in diesem Zusammenhang die **Kochsalz- oder Speisesalzfluoridierung** an erster Stelle zu nennen. Durch die tägliche Einnahme von fluoridhaltigem Salz wird eine kontinuierliche Fluoridierung garantiert und eine sehr effektive Basis für die Kariesprophylaxe sichergestellt.

Nach Prof. Dr. Elmar Hellwig ist der kariespräventive Effekt der Salzfluoridierung kein Produkt einer Lehrmeinung sondern wissenschaftlich nachgewie-

sen. „Diese minimale Fluoridaufnahme ist toxikologisch unbedenklich. Sie stellt keine Zwangsmedikation dar, da Fluorid als Spurenelement ein normaler Bestandteil der täglichen Nahrung ist. So ist der beispiellose Kariesrückgang in der Schweiz unter anderem auf die Einführung der Salzfluoridierung zurückzuführen.“

Wie gelangt nun das Fluorid in das Speisesalz?

Hier sollte man zunächst auf die biologische Bedeutung des Salzes für Mensch und Tier eingehen sowie auf den historischen und kulturellen Hintergrund. Alle heute lebenden Tiere sind entweder noch Meeresformen oder stammen von solchen ab. Ohne einen bestimmten Salzgehalt (0,9%) in den Körperflüssigkeiten wäre menschliches Leben unmöglich. Die positiv geladenen Natrium-Ionen und die negativ geladenen Chlorid-Ionen sind die wesentlichen Träger der fein ausgeloteten elektrolytischen Verhältnisse im Körper. Entscheidend dabei ist aber die Menge, denn zu viel Salz ist für den Organismus schädlich. Salz bindet dann zu viel Wasser im Gewebe und belastet damit Herz, Nieren und Kreislauf. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt eine tägliche Salzaufnahme zwischen 5 und 7,6 Gramm.

Eine Verminderung des Kochsalzgehaltes im Blut, zum Beispiel infolge von anhaltendem Erbrechen, starkem Schwitzen oder langdauernden Durchfällen kann zu ernsthaften gesundheitlichen



Prof. Dr. Elmar Hellwig

Problemen führen, die als **Salzmangel-syndrom** in der Medizin bekannt sind. Die Alkalireserve sinkt, die harnpflichtigen Substanzen im Serum erhöhen sich als Folge einer akuten funktionalen Niereninsuffizienz. Kochsalzinfusionen beheben das Salzmangel-syndrom schlagartig; natürlich setzt die Heilung die Beseitigung der Grundkrankheit voraus.

Solange sich der vorgeschichtliche Mensch hauptsächlich von seiner Jagdbeute ernährte, nahm er mit dem Fleisch genügend Salz auf. Als aber in der Jungsteinzeit durch den Ackerbau die Pflanzenkost zu überwiegen begann, mußte er zusätzlich gewonnenes Salz zu sich nehmen. Schon sehr früh wurde salzhaltiges Meerwasser verdampft sowie salzhaltiges Gestein abgebaut. Beide Methoden haben sich natürlich entsprechend verfeinert und wissenschaftlich bzw. industriell aufbereitet bis zum heutigen Tage in der **Siede- und Steinsalzgewinnung** erhalten.

So werden zum Beispiel in den **Solvay-Werken in Büderich-Borth** (Niederrhein) pro Jahr 1,5 Millionen Tonnen Steinsalz bergmännisch gefördert und 280 000 Tonnen Siedesalz in einer mo-



Solvay Salzbergwerk Büderich-Borth (Niederrhein)



(v. L.) Dr. Holger Feldkamp, Dipl.-Ing. Gregor Weinand, Dr. Martin Reske, Dr. Kurt J. Gerritz vor der Einfahrt in das Salzbergwerk Borth

Fotos: R. Gerritz

deren Kristallisationsanlage gewonnen. Während das Steinsalz aus seinen unterirdischen Lagerstätten in etwa 800 Meter Tiefe in sogenannten Salzdomen abgebaut und an die Oberfläche gebracht wird, wo es dann gebrochen, gemahlen und zu Speisesalz verarbeitet wird, wird das Siedesalz in modernen Salinen- bzw. Kristallisationsanlagen über Tage zu hochreinem Pudersalz (99,95 Prozent) verarbeitet. Die Solvay-Werke am Niederrhein – hierzu gehören noch andere Salinen und Produktionsstätten – sind auf dem Sektor der Salzgewinnung europäische Marktführer. Die hochmoderne Kristallisationsanlage gehört zu den zwei einzigen weltweit betriebenen Fabrikationen.

Wie gelangt denn nun das Fluorid in das Speisesalz?

Hier gibt es zwei Methoden: das trockene und das flüssige Verfahren. Beim trockenen Verfahren, z. B. in der **Saline Bad Reichenhall** (Bayern), werden Natriumfluorid und Kochsalz (NaCl) in der entsprechenden Dosierung in trockener Form miteinander vermischt.

Beim flüssigen Verfahren wird das Kochsalz, welches über ein Band läuft, mit

einer flüssigen Kaliumfluorid-Lösung besprüht.

Beim Vergleich beider Methoden kann man festhalten, daß beim trockenen Verfahren die Homogenität nicht so gewährleistet ist und die Dosierung beim flüssigen Sprühverfahren wissenschaftlich exakter ist.

Da die gesetzlichen Grenzwerte für Fluorid auf ein Kilogramm Kochsalz zwischen 180 ppm und 250 ppm (part per million) liegen, hat dieses in der Praxis jedoch keine Auswirkungen

Insgesamt läßt sich feststellen, daß Salzfluoridierung, die nur in der Kombination fluoridiertes und jodiertes Salz erhältlich ist, eine hervorragende Möglichkeit darstellt, die Fluoridaufnahme der Bevölkerung auf einen Wert anzuheben, der kariesprophylaktisch bedeutsam ist.

Salzfluoridierung in einer Konzentration von 250 mg pro Kilogramm führt nicht zu einer überhöhten Fluoridaufnahme und ist gesundheitlich unbedenklich. Zwei Gesichtspunkte sollten jedoch entsprechend den Empfehlungen der **Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde** (DGZMK) der **Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung** (DGZ) und der **Gesellschaft**

für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK berücksichtigt werden:

- **Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen** (also Fluoridtabletten **oder** Fluoridsalz **oder** fluoridreiches Mineralwasser)
- **Zusätzlich zur Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz soll ab dem Durchbruch der ersten Zähne (Milchzähne) eine fluoridhaltige Kinderzahnpaste** (Fluoridkonzentration < 500 ppm) entsprechend den Empfehlungen zur Kariesprophylaxe der DGZMK vom 27. März 2000 **verwendet werden.**

Will man in Deutschland die Erfolge der zahnärztlichen Prävention auch auf die Risikogruppen – wie oben beschrieben – ausdehnen, dann ist die Einführung und Praktizierung der Salzfluoridierung auf breiter Basis unbedingt zu befürworten.

Schon im Alten Testament wurde dem Salz eine lebensfördernde und unheilabwehrende Kraft zugesprochen. Diese Aussage gilt ohne Abstriche auch im 21. Jahrhundert.

Dr. Kurt J. Gerritz

Für einen starken 25. September:

Info-Pakete zum Tag der Zahngesundheit bestellen!

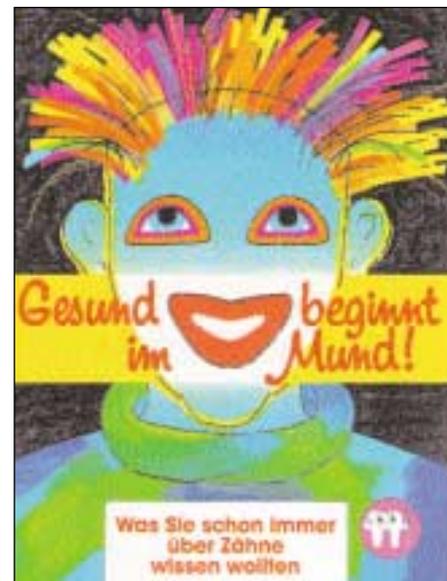
Ohne die Mitarbeit der Zahnarztpraxen ist der 25. September kein Tag der Zahngesundheit – soviel steht fest. Zu ihrer Unterstützung kann auch dieses Jahr wieder ein umfangreiches Info-Paket für die Patientenaufklärung angefordert werden. Es wurde vom Aktionskreis *Tag der Zahngesundheit* zusammengestellt und beinhaltet u. a. Poster, Merkblätter, Broschüren, Produktproben rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“. Das Info-Paket ist beim Verein für Zahnhygiene e.V. in Darmstadt gegen einen Versandkostenbeitrag von 4,10 Euro in Briefmarken ab sofort erhältlich.

In der Zahnarztpraxis ist jeder Tag ein Tag der Zahngesundheit – die Medien konzentrieren sich aber auf den 25. September. Bundesweit und regional gibt es in ganz Deutschland Hunderte von

Events, Wettbewerben und Vorträgen. Es ist also auch ein Tag der Kreativität, an dem gesunde und schöne Zähne im Mittelpunkt stehen.

Die beste Aufklärung bekommt man allerdings in der Zahnarztpraxis. Auch hier können die Patienten den 25. September als einen Aktionstag erleben. Dafür bietet das Info-Paket des Aktionskreises *Tag der Zahngesundheit* einiges: Es enthält Plakate, Flyer, Aufklärungsbroschüren, Proben und manches mehr.

Damit gesunde Zähne bei möglichst vielen Bundesbürgern weiterhin an Bedeutung gewinnen, engagiert sich der Aktionskreis *Tag der Zahngesundheit* für eine starke Verbreitung des Info-Pakets. Es kann ab sofort gegen einen Versandkostenbeitrag von 4,10 Euro in



Briefmarken (keine Frankierstreifen) und einen beschrifteten Adreßaufkleber angefordert werden. Dafür gilt die folgende Anschrift:

Verein für Zahnhygiene e. V.
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt

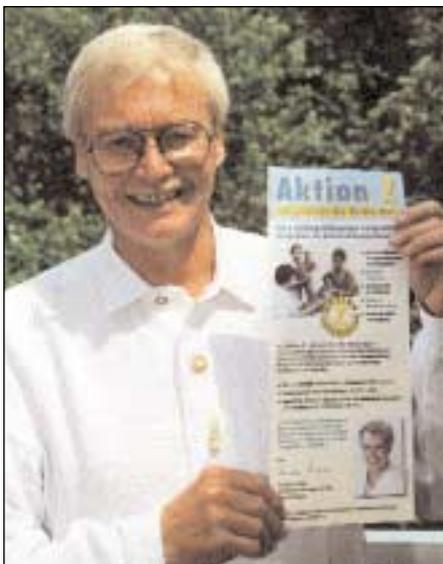
Nachbestellungen sind über eine Anforderungskarte möglich!

Aktion Z – Altgold für die Dritte Welt

Jede Praxis kann sich beteiligen

Die *Aktion Z – Altgold für die Dritte Welt* ermöglicht es den Patienten, altes Zahngold bedürftigen Menschen in der Dritten Welt zugute kommen zu lassen – direkt in der Zahnarztpraxis über eine Spendenbox. Gegründet von der Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe unter Federführung von Dr. Wolfgang Gutermann, hat sich die Zahnärztekammer Nordrhein auf Initiative von Dr. Wolfgang Schnickmann dieser Aktion angeschlossen. Er berichtet über die *Aktion Z* und bittet die nordrheinischen Kolleginnen und Kollegen um aktive Unterstützung.

Die *Aktion Z* ist eine Initiative, die Gutes bewirkt: bei uns in den Herzen und bei den Menschen in der Dritten Welt. Seit Beginn der *Aktion Z* im Jahr 1987 konnten über drei Millionen Euro gesammelt werden. Allein im Jahr 2002 wurde auf drei Hilfsorganisationen ein Scheck in Höhe von 630 900 € verteilt. Prof. Dr.



Dr. W. Schnickmann setzt sich in Nordrhein für den Erfolg der *Aktion Z* ein.

Foto: Neddermeyer

Rita Süßmuth – ehemalige Präsidentin des Deutschen Bundestages – war von 1989 bis 2002 Schirmherrin der *Aktion Z*. In Dr. Annette Schavan, Ministerin für Kultur, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg, konnte eine engagierte Nachfolgerin gewonnen werden.

Hilfsorganisationen tatkräftig unterstützt

Damit Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, wissen, was mit dem Erlös des Altgoldes geschieht (das der Patient durch Ihre Initiative spendet), möchte ich Ihnen die „Nutznießer“ der *Aktion Z* näher vorstellen:

Der Verein „Hilfe zur Selbsthilfe – Dritte Welt e.V.“ aus Dossenheim (Vorsitzender Helmut Merkel) begann mit 18 Gründungsmitgliedern. Heute zählt er bereits 1100 Mitglieder. Sein Motto „Bildung contra Armut“ benennt den entscheidenden Kern seiner Arbeit, die Förderung der Bildung. Diese ist der Schlüssel zur Emanzipation des Menschen und eröffnet erst wesentliche individuelle Lebenschancen. Außerdem ist Bildung der Motor für die gesellschaftliche, kulturelle, soziale und ökonomische Entwicklung. Da Investitionen in Bildung Investitionen in die Zukunft eines Landes sind, ist auch die Förderung der beruflichen Ausbildung von Jugendlichen in der Dritten Welt, insbesondere die Unterstützung der Handwerkerschulen des Ordens der Salesianer Don Boscos, ein wichtiger Schritt auf dem richtigen Weg zu mehr Bildung und mehr Entwicklung.

Auch die Hilfsorganisation „Jugend Dritte Welt e.V.“ in Bonn hat es sich zur Aufgabe gemacht, jungen Frauen und Männern in der Dritten Welt eine solide schulische und handwerkliche Ausbildung zu ermöglichen. Sie arbeitet ebenfalls eng mit dem Orden der Salesianer Don Boscos zusammen.

Die dritte von der *Aktion Z* unterstützte Hilfsorganisation, das „Komitee Ärzte für die Dritte Welt“ möchte die medizinische Versorgung der ärmsten Bevölkerung in



Dr. Annette Schavan, Ministerin für Kultur, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg, ist die neue Schirmherrin der *Aktion Z*.

Foto: Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg

der Dritten Welt verbessern. Das Komitee arbeitet überwiegend innerhalb fester Langzeitprojekte in den überbevölkerten Slums der Millionenstädte der Dritten Welt, wie z. B. in Indien, auf den Philippinen, in Venezuela oder Kenia (vgl. RZB 3/2003, S. 165).

Die drei Organisationen können Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, nicht nur materiell durch die *Aktion Z* unterstützen, sondern auch durch Ihren persönlichen Einsatz entweder auf den Philippinen oder in Südamerika. Der Kollege Dr. Matthias Silbermann, mein Vorstandskollege Jörg Oltrogge und ich selbst haben die positive Erfahrung gemacht, daß ein solcher Einsatz nicht nur Hilfe für die Ärmsten der Armen bringt, sondern auch einem selbst viel Glück und Zufriedenheit schenkt.

Diese Arbeit in der Dritten Welt macht nicht den Geldbeutel reicher, aber das Herz!

Kontaktadresse:

Komitee Ärzte für die Dritte Welt e.V.
Elsheimer Straße 9
60322 Frankfurt a.M.
Tel.: 0 69 / 70 79 97 11
Fax: 0 69 / 70 79 97 20
E-Mail:
Aerzte3welt@em.uni-frankfurt.de

Die Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe hat die Werbekampagne der *Aktion Z* neu überarbeitet. Die neuen Informationsträger sollen die Initiative weiter bekanntmachen und nicht zuletzt dazu beitragen, Zahnärzte und Patienten zur Teilnahme an der *Aktion Z* zu motivieren.



Dr. Wolfgang Schnickmann in der improvisierten Zahnarztpraxis im Urwald von Mindanao – Philippinen, als ZFA Nasar.



Das „Wartezimmer“ in der Dschungelpraxis.

Fotos: Schnickmann

Plakate, Flyer und Sammeldosen können ab sofort bei der Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe kostenlos angefordert werden, um Patienten auf diese wirkungsvolle Spendenmöglichkeit alten Zahngoldes aufmerksam zu machen. Alle Spenden kommen nach der kostenlosen Scheidung durch die Firma Degussa, ohne Abzug von Verwaltungskosten, direkt bedürftigen Menschen in der Dritten Welt zugute. Im Internet wird unter www.aktion-z.org laufend über die

mit dem Spendenerlös finanzierten Projekte berichtet.

Ich weiß, daß schon viele Kolleginnen und Kollegen durch solche Altgoldsammlungen soziale Einrichtungen vor Ort unterstützen. Daher bitte ich alle, die noch nicht an einer solchen Aktion beteiligt sind: Machen Sie mit! Eine bessere Werbung für unseren Berufsstand als ein solches Engagement gibt es nicht.

Dr. Wolfgang Schnickmann

Aktion Z – Altgold für die Dritte Welt
c/o Bezirkszahnärztekammer
Karlsruhe
Postfach 101862, 68018 Mannheim

Dem nächsten Informationsdienst (ID 6/2003) liegt ein Bestellformular bei, mit dem Sie eine Sammeldose und ein Informationsplakat für den Patienten bestellen können!

Intensiv-Abrechnungsseminar

Seminar für Assistentinnen, Assistenten und neu niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte

Termin: Freitag, 31. Oktober 2003
Samstag, 1. November 2003
jeweils 9.00 bis 18.00 Uhr

Veranstaltungsort: Holiday Inn, früher Queens Hotel
Dürener Straße 287, 50935 Köln

Kurs-Nr.: 03394

Teilnehmergebühr: EUR 190,00

Anmeldung und Auskunft:
nur bei der Zahnärztekammer Nordrhein,
Frau Lehnert, Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf
Tel. (02 11) 5 26 05 39
lehnert@zaek-nr.de

Programm:

1. Konservierend-chirurgische BEMA-Positionen, freie Vertragsgestaltung
2. Zahnersatzplanung und Abrechnung nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen
3. Die Abrechnung prophylaktischer Leistungen
4. Gehört das erarbeitete Honorar dem Zahnarzt wirklich? Wirtschaftlichkeitsprüfung, Zufälligkeitsprüfung, Budget, HVM
5. Abrechnungsmodalitäten bei implantologischen Leistungen

6. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Stichprobe
7. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Formvorschriften und Interpretationen der Zahnärztekammer Nordrhein
8. Systematische Behandlung von Parodontopathien mit besonderer Berücksichtigung der vertragsrechtlichen Abrechnung

Seminarleitung: Dr. Hans Werner Timmers

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

Eine Rückerstattung der Teilnehmergebühr ist bei Absage bis drei Tage vor Beginn der Veranstaltung in voller Höhe möglich. Bei später eingehenden Absagen muß die Zahnärztekammer Nordrhein leider einen Kostenanteil von EUR 50 einbehalten, da gegenüber dem Vertragshotel eine Bankett-Pauschale zu leisten ist. Der Kursplatz ist übertragbar. Teilnehmer, die nicht dem Kammerbereich Nordrhein angehören, werden gebeten, bei Kursbeginn ihren Kammerausweis vorzulegen.

Suchen Sie Auszubildende?

Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) – ZFA

Große Unternehmen, Behörden und Banken suchen bereits sehr frühzeitig Auszubildende. Auszubildende, die zur Zeit die 9. Klasse absolvieren und somit erst im Sommer 2004 ihren Schulabschluß erhalten, bemühen sich schon frühzeitig um einen Ausbildungsplatz. Auch die Arbeitsämter in NRW beraten und vermitteln bereits jetzt in den Schulen Schülerinnen und Schüler, die im Jahr 2004 einen Ausbildungsplatz suchen.

Wer jetzt und heute für morgen eine(n) Auszubildende(n) sucht, erhält in der Regel qualifizierte und engagierte Schulabgänger(innen).

Wer erst jetzt oder später für September 2003 eine(n) Auszubildende(n) sucht, kann sich gut vorstellen, was für ihn übrig bleibt.

Das neue Berufsbild ZFA bietet Schulabgängern eine moderne Ausbildung mit sehr guten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Frühzeitiges Handeln gibt sowohl dem Arbeitgeber wie auch dem(r) zukünftigen Arbeitnehmer(in) die Möglichkeit durch Ferienpraktika u. a. sowie im Umgang miteinander Teamfähigkeit und Arbeitsweise in der Praxis kennenzulernen, um späteren Mißerfolgen und Ärgernissen im Ausbildungsverhältnis vorzubeugen. Gezielte Wer-



Motivation und Instruktion zur Zahnpflege.

Foto: ZÄK

bemaßnahmen und Informationsmaterialien, die die Zahnärztekammer, Arbeitsämter und Berufsschulen zur Verfügung stellen, dienen dazu, diesen Ausbildungsberuf attraktiv zu machen. Dies kann nur im Interesse aller Beteiligten sein.

*Ihre Ausbildungsberater
Dr. Jürgen Strakeljahn
Dr. Hans Werner Timmers*

Das VZN gibt bekannt

Flexibilisierung des Renteneintritts

Neben einigen anderen Satzungsänderungen hat die Kammerversammlung in ihrer Sitzung am 17. 5. 2003 beschlossen, die Möglichkeiten für den Übergang in die Altersrente weiter auszubauen.

Nach Genehmigung durch das zuständige Ministerium und Veröffentlichung der Satzungsänderungen im Rheinischen Zahnärzteblatt (RZB), womit bis Herbst 2003 gerechnet wird, hat jedes niedergelassene Mitglied die Möglichkeit, sich ab dem vollendeten 57. Lebensjahr von der Beitragszahlung zur

DRV befreien zu lassen. Ein gleichzeitiger Rentenbezug ist nicht (mehr) erforderlich. Die zahnärztliche Tätigkeit kann weiterhin (unvermindert) ausgeübt werden. Ausgenommen von dieser Bestimmung sind lediglich Mitglieder, die eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben (das sind im Regelfall angestellte tätige Zahnärzte).

Da der Antrag einerseits nicht zurückgenommen werden kann, die Beitragsbefreiung andererseits Auswirkungen auf die Leistungen der DRV entfaltet, rät der Verwaltungsausschuß den Interessenten dringend dazu, sich von der Verwaltung des VZN vor diesem Schritt umfassend beraten zu lassen.

Ansprechpartner im VZN:

Herr Prange 02 11 / 5 96 17-43
Frau Schwiertz 02 11 / 5 96 17-42
Frau Willamowski 02 11 / 5 96 17-52

*Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Nordrhein
– Der Verwaltungsausschuß –*

Studienplatz Medizin und Zahnmedizin

Studienberatung und NC-Seminare. Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Pharmazie, Psychologie, Architektur TH/FH, Kunstgeschichte u. a.)

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

Kölner Ärzte- und Zahnärzte-Orchester

Wir haben ein Orchester gegründet und suchen unter den Kollegen noch musizierfreudige Mitglieder für unser gemeinsames Ziel – Franz Schubert „Die Unvollendete“ und weitere Projekte.

Die Proben finden jeden Dienstag im Pfarrsaal der katholischen Pfarrgemeinde St. Joseph in Köln-Ehrenfeld, Geisselstraße 1 von 20.00 bis 22.00 Uhr statt.

Wir freuen uns über jeden, der sich für dieses Vorhaben begeistern läßt.

Bei Rückfragen

melden Sie sich bitte bei B. Bedorf (Praxis)
Bachemer Str. 174
50935 Köln
Telefon (02 21) 43 31 91

Vorstellung der Abteilung Prüfwesen

Prüfung und Chance für Vertragszahnärzte

In einer losen Reihe stellt das Rheinische Zahnärzteblatt die Abteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein vor. Nach Abrechnung, Honorarberichtigung und Vertragswesen (RZB 10/2002, 2/2003 und 5/2003) steht diesmal das Prüfwesen im Mittelpunkt. Unter der Leitung von Ass. jur. Sabine Neumann betreuen sieben Damen und zwei Herren die verschiedenen Bereiche im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Zu den grundlegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, unter denen die vertragszahnärztliche Versorgung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt wird, gehört als Grundnorm des Leistungsrechts das im SGB V in § 12 und § 70 SGB V festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot. Abgerechnet werden können nur Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind. Vor diesem Hintergrund entsteht ein Konflikt zwischen der grundsätzlichen Berechtigung des Vertrags(zahn)arztes, alle ihm als geeignet erscheinenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden, und der Forderung, nicht zu Lasten der Krankenkassen überflüssige oder unnötig aufwendige Verfahren abzurechnen.

Wirtschaftlichkeit: geboten und geprüft

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird nach der heute geltenden Regelung auf Kassenantrag „erstinstanzlich“ in den Verwaltungsstellen durch die dort eingerichteten Prüfungsausschüsse durchgeführt. In ihrer Art nur im Arztrecht angesiedelt, umfaßt die Wirtschaftlichkeitsprüfung die korrekt erbrachten und korrekt abgerechneten Leistungen. Zunächst von der Rechtsprechung entwickelt und mittlerweile durch den Gesetzgeber in § 106 SGB V übernommen,

beruht die Auffälligkeitsprüfung auf einem statistischen Vergleich der Abrechnung einer einzelnen Praxis mit dem Durchschnitt der übrigen abrechnenden Vertragszahnärzte. Ziel ist es, festzustellen, ob einzelne Leistungen zu oft und damit unwirtschaftlich, das heißt, nicht im Einklang mit den Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung erbracht wurden.

Befindet sich der durchschnittliche Gesamtfallwert oberhalb der „magischen Grenze“ einer 50%igen Überschreitung des in der 100-Fall-Statistik festgelegten Durchschnitts, bedeutet dies, daß der Vertragszahnarzt nunmehr dem Prüfungsausschuß nachweisen muß, daß die erbrachten Leistungen trotz der hohen Abweichung wirtschaftlich waren (Beweislastumkehr). Dies kann durch Vortrag und Nachweis von Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorischen Einsparungen geschehen.

Abteilungsleiterin Sabine Neumann: „Keine andere Berufssparte kennt eine solche Kürzung des Honorars für korrekte Leistungserbringung und -abrechnung. Verständlich ist daher die kritische Sichtweise der deutschen Vertrags(zahn)-ärzte, die hier einen Eingriff in die Therapiefreiheit erkennen. Die in § 106 des SGB V zwingend vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung entspricht den gesetzgeberischen Vorgaben. Wirtschaftlichkeit ist allerdings nicht nur Kürzung, sie beinhaltet auch die Chance der freiwilligen Beschränkung. Mit der Bildung der Prüfungsausschüsse in den Verwaltungsstellen ist die Intention verbunden, die Akzeptanz der Wirtschaftlichkeitsprüfung an der Basis zu verbessern.“

Von Düsseldorf unterstützt die Abteilung Prüfwesen in enger Zusammenarbeit mit den Vorstandsreferenten Dr. Hans-Joachim Lintgen und Dr. Wolfgang Schnickmann die Geschäftsstellen und die zahnärztlichen Mitglieder der insgesamt neun Prüfungsausschüsse (in Düsseldorf und Köln gibt es wegen der großen Mitgliederzahlen je zwei Gremi-



Abteilungsleiterin Ass. jur. Sabine Neumann.

en). Deren Mitglieder werden durch den Vorstand der KZV Nordrhein und die Krankenkassen paritätisch benannt. Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen Zahnärzten und Krankenkassenvertretern.

Neben der Honorarprüfung sind die Prüfungsausschüsse auch für die Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelverordnungen der nordrheinischen Zahnärzteschaft und die Einhaltung der Sprechstundenbedarfsverordnung zuständig. In der Abteilung ist eine umfassende Information für die nordrheinischen Praxen in Vorbereitung, die über den Informationsdienst zur Verfügung gestellt werden wird. Dieser Bereich ist – neben anderen – das Spezialgebiet der stellvertretenden Leiterin der Abteilung Prüfwesen, Gerda Herrmann, die auch telefonisch bei allen Fragen rund um das Ordnungsblatt den nordrheinischen Vertragszahnärzten helfend zur Verfügung steht.

Gegen den Beschluß der Prüfungsausschüsse ist Widerspruch möglich, sei es von Seiten der Krankenkassen, sei es durch den betroffenen Zahnarzt oder die KZV. Im Durchschnitt ist dies allerdings nur bei knapp zehn Prozent der Ver-



Stellvertretende Abteilungsleiterin Gerda Herrmann.

Als Abteilungssekretärin auch für Fragen der 100-Fall-Statistik zuständig: Svenja Scheller.



Michael Arendt ermittelt und realisiert eventuelle Honorarrückforderungen.



Stefanie Grapperhaus und Sigrid Kirstein sind für das Gremium Chirurgie und das PAR-Gremium zuständig.



Volker Schäfer und Tanja Schubert betreuen den Beschwerdeausschuß.



Petra Arnold (L.) und Anja Guse unterstützen den Prüfungsausschuß Stichprobe und den Stichprobenwiderspruchsausschuß.



Fotos: Neddermeyer

fahren der Fall. Volker Schäfer und Tanja Schubert aus der Abteilung Prüfwesen betreuen die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses und stehen den betroffenen Zahnärzten für Auskünfte jederzeit zur Verfügung.

Neben der obengenannten Auffälligkeitsprüfung wird für den Bereich der KZV Nordrhein die in § 106 SGBV zwingend vorgeschriebene Stichprobenprüfung durch den Prüfungsausschuß Stichprobe durchgeführt. Sie muß nach Vorgabe des § 106 Abs. 2 Ziff. 2 SGBV einem anderen Verfahrensgegenstand Rechnung tragen, der sich von der Auffälligkeitsprüfung, insbesondere durch die einzelfallbezogene Prüfung, wesentlich unterscheidet. Einzelfallbezogen wird die Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragszahnärztlichen Behandlung eines Quartals über alle Leistungsarten geprüft.

Der Prüfungsausschuß Stichprobe spricht keine Maßnahmen aus, von Hinweisen und Abgaben an andere Gremien, wie z. B. den örtlich zuständigen Prüfungsausschuß oder die KZV Nordrhein, abgesehen. Die Auswahl der zu prüfenden Praxen erfolgt nach einem Zufallsprinzip, das pro Quartal zwei Prozent aller Praxen, die eine Abrechnung bei der

KZV Nordrhein eingereicht haben, für die Prüfung ermittelt.

Der Prüfungsausschuß Stichprobe wird von Petra Arnold und Anja Guse in der Geschäftsstelle des Ausschusses betreut. Die beiden Damen sind gleichzeitig auch für den Stichprobenwiderspruchsausschuß zuständig. Er tagt weitaus seltener, da bisher nur etwa ein Drittel der vor dem Prüfungsausschuß Stichprobe durchgeführten Verfahren eines Quartals durch Widerspruch in die zweite Instanz getragen werden.

Verfahrensordnung überarbeitet

Sowohl Auffälligkeits- als auch Zufälligkeitsprüfung werden durch eine Neufassung der Verfahrensordnung wesentlich verändert, die kurz vor dem Inkrafttreten steht. Eine Überarbeitung der bestehenden Verfahrensordnung war erforderlich, um Klarheit in die Struktur der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu bringen, nachdem vielfältige Gesetzesreformen in kürzester Zeit zum Teil einander widersprechende Regelungen in die gesetzlichen Grundlagen eingefügt oder auch wieder gestrichen hatten.

Zusammenfassend sei an dieser Stelle nur darauf hingewiesen, daß

es sich für die Auffälligkeitsprüfung im Grunde um Wiedereinführung des alten etablierten Verfahrens der Prüfung von Amts wegen handelt. Die Zufälligkeitsprüfung wird nach dem Willen des Gesetzgebers eine wesentliche Ausweitung der im Einzelfall zu überprüfenden Zeiträume erfahren.

Nach Abschluß des Unterschriftenverfahrens werden alle nordrheinischen Vertragszahnärzte in nächster Zeit in den Publikationsorganen der KZV Nordrhein zeitnah umfassend weiter informiert. Bereits jetzt ist abzusehen, daß die vom Gesetzgeber geforderten Veränderungen, denen die neugefaßte Verfahrensordnung Rechnung trägt, den Arbeitsaufwand aller Beteiligten, Vertragszahnärzte, KZV oder Krankenkassen, weiter erhöht. Soweit möglich hat sich die Abteilung Prüfwesen bereits auf die neuen Anforderungen, insbesondere auch den erhöhten Informationsbedarf der einzelnen – nicht notwendig betroffenen – Praxis eingestellt.

Neben Auffälligkeits- und Stichprobenprüfung haben es sich die Referenten für das Prüfwesen Dr. Lintgen und Dr. Schnickmann zur Aufgabe gemacht, alle Anträge der Krankenkassen auf nach-

trägliche Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Parodontosebehandlungen zu sichten und im Einzelfall gegebenenfalls auch durch ein Gespräch mit der betroffenen Praxis zu prüfen. Die fachliche Kompetenz im Referat wird verstärkt durch Vorstandsmitglied Andreas Kruschwitz. Die Sachbearbeitung liegt in den Händen von Sigrid Kirstein und Stefanie Grapperhaus. Am Ende der Verhandlungen steht in den weitaus meisten Fällen ein Vergleich zwischen Krankenkasse und betroffenem Zahnarzt, nur in wenigen Fällen muß der Antrag der Krankenkasse an den örtlich zuständigen Prüfungsausschuß abgegeben werden.

Aufgrund von in der Vergangenheit im Bereich der KZV Nordrhein und an die Abteilung Prüfwesen herangetragenen Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung chirurgischer Leistungspositionen strebt die Abteilung eine grundsätzliche, zukunftsorientierte Bewältigung dieser Abrechnungsproblematiken an.

Servicegedanke hochgehalten

Als besonderen Service zur Erleichterung der Arbeit aller nordrheinischen Zahnärzte hat die Abteilung Prüfwesen der KZV Nordrhein mit dem Informationsdienst 4/2001 im Mai 2001 einen Katalog der „Abrechnungshinweise zu den chirurgischen BEMA- und Bugo-Positionen“ zur Verfügung gestellt. Die Überprüfung der Abrechnungen einzelner chirurgisch tätiger Vertragszahnärzte, Oralchirurgen und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen war dabei sowohl Aufgabe als auch Hilfestellung, um sowohl weitere chirurgische Leistungspositionen in den Katalog aufzunehmen als auch bereits veröffentlichte Abrechnungshinweise zu überarbeiten.

Unterstützt wird das Referat bei seiner Arbeit sowohl durch den ehemaligen Vorstandsreferenten für das Prüfwesen, Dr. Gerhard Klein, als auch durch die wissenschaftlichen Berater des Vorstandes für Chirurgische Leistungspositionen, Prof. Dr. Dr. Heribert Koch und Prof. Dr. Dr. Jürgen Becker. Als Ergebnis der gemeinsamen Arbeit mit dem Landesverband Nordrhein des Berufsverbandes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erschien im Mai 2002 im ID 3/2002 eine erste Überarbeitung der „Abrechnungshinweise“. Das kleine Kompendium wird auch von der KZBV und einigen anderen KZVen benutzt, da bis zur Initiative der KZV Nordrhein keine ver-

gleichbare Zusammenstellung grundsätzlicher Informationen existierte.

Am Ende der verschiedenen Prüfverfahren kommt es unter Umständen zur Feststellung der unwirtschaftlichen Punktmenge. Anknüpfend an das Wirtschaftlichkeitsgebot – nur wirtschaftliche Leistungen dürfen zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden – ist die für unwirtschaftliche Leistungen erhaltene Vergütung zurückzahlen. Die Auswirkungen einer solchen Feststellung – die Ermittlung des Honorarkürzungsbetrages und seine Belastung auf den betroffenen Zahnarztkonten betreut Michael Arendt in der Abteilung Prüfwesen. Die Methode zur Berechnung des Honorarkürzungsbetrages gewährleistet, daß von den Praxen, die von Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sind, nicht mehr Honorar zurückgefordert wird, als unter Berücksichtigung der Honorarverteilungsregelungen tatsächlich geflossen ist. Doppelbelastungen durch Wirtschaftlichkeitsprüfung und Honorarberichtigung bzw. HVM sind ausgeschlossen.

Droht einzelnen Praxen durch Belastung des Honorarkürzungsbetrages eine unbillige finanzielle Härte, wird an dieser Stelle versucht, durch Rücksprache mit den betroffenen Krankenkassen bzw. Entscheidung des Vorstandes der KZV Nordrhein einen für die betroffene Praxis erträglichen Ratenzahlungsmodus zu vereinbaren.

Der rasche Informationsfluß über den Informationsdienst (ID) belegt, daß in der Abteilung Prüfwesen der Servicegedanke eine wesentliche Rolle spielt. Aus organisatorischen Gründen ist es allerdings in vielen Fällen sinnvoll, wenn sich die Zahnärzte mit allen Problemen, welche die individuellen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung betreffen, wegen der größeren Sachnähe zunächst an den zuständigen Prüfungsausschuß bzw. dessen Geschäftsstelle in den Verwaltungsstellen wenden. Bei besonders schwerwiegenden grundlegenden Problemen kann man sich aber auch direkt an die Abteilung Prüfwesen in der Düsseldorf Landesgeschäftsstelle wenden.

Ziel der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein ist es, durch gute Organisation, klare Informationen und eine enge Betreuung der betroffenen Zahnärzte den notwendigen Mehraufwand für die nordrheinischen Praxen möglichst in Grenzen zu halten.

Ass. jur. Sabine Neumann/
Dr. Uwe Neddermeyer

26. Deutscher Privatzahnärztetag Kiel, 7. bis 8. November 2003

Private Zahnheilkunde –
Private Krankenversicherung:
Ein Spannungsfeld?

- Konzepte und Ratschläge zum Tagungsthema unter Berücksichtigung der Rechtslage, der aktuellen Rechtsprechung, des Datenschutzes und den Bestimmungen der GOZ. Referenten sind Fachjuristen, GOZ-Referenten der Zahnärztekammern, Vertreter der PKVen und Datenschutz-Beauftragte.
- Das Institut für Weltwirtschaft/Kiel und ein namhafter Politiker werden über die aktuelle wirtschaftliche und politische Situation referieren.
- Seminare: Homöopathie und ganzheitliche Zahnheilkunde, Beratungskompetenz und Servicequalität in der Privatpraxis.

Teilnahmeberechtigt

sind alle interessierten Zahnärzte/innen, Praxismitarbeiter, Assistent/innen, Student/innen. Ermäßigte Teilnehmergebühr für die Mitglieder der PZVD, der ZÄK Schleswig-Holstein, Assistent/innen, Praxismitarbeiter und nicht mehr tätige Zahnärzte/innen, zusätzlich für alle ein Frühbucherabatt, gültig bis 1. 9. 2003.

Zimmerkontingente

zu Sonderpreisen im Maritim-Hotel Bellevue (04 31 / 3 89 40) und im Parkhotel Kieler Kaufmann (02 41 / 8 81 10), die Teilnehmer buchen bitte selbst.

Auskunft und Anmeldung:

Agentur Service Concept,
Frau Rätzke-Meier,
Auerstr. 3, 45663 Recklinghausen,
Tel. 0 23 61 / 4 95 09 62
Fax: 0 23 61 / 9 60 66 45,
E-Mail:
Service-Concept@t-online.de

Aufnahmeanträge für eine PZVD-Mitgliedschaft erhalten Sie in der Geschäftsstelle,
Frau Angelika Emmel,
Salierring 32
50667 Köln
Tel. 02 21 / 9 97 73 33
Fax: 02 21 / 9 97 73 34
E-Mail: info@pzvd.de
Web: www.pzvd.de.

Zahngesund in den Sommer

Seit Anfang Juli liegt die Sommerausgabe der Patientenzeitschrift der KZV Nordrhein *Zeit für Zähne* in den nordrheinischen Praxen aus. Mit „Urlaub“ und „Sport“ stehen auch diesmal wieder hochaktuelle Themen im Mittelpunkt.



„Sport ist gesund!“ Diesen Satz kennt wohl jeder. „Sport ist Mord!“ Auch das hört man allerdings allzuoft. Beides steht nur scheinbar im Gegensatz. Kein Sportler sollte nämlich ohne die ent-

sprechende Vorbereitung und die richtige Ausrüstung „an den Start gehen“. Dazu gehört bei einer ganzen Reihe von Sportarten auch ein Sportmundschutz, den diese Ausgabe von *Zeit für Zähne* vorstellt. Auf den Artikel weist bereits das Titelbild mit einem Spieler von Rhein-Fire hin, dem rheinischen Vertreter der momentan hochaktuellen Europaliga (NFL Europe League) des American Football. Direkt angesprochen werden im Artikel aber auch alle Kampfsportarten, Baseball, Basketball, Eis- und Feldhockey, Fußball, Geräteturnen, Handball, Inline-Skating, Radsport, Reiten, Rugby, Skate-Boarding und Wasserball. Betont wird die Überlegenheit des in der Zahnarztpraxis individuell gefertigten Mundschutzes, die übrigens ein Artikel in der Juni-Ausgabe der Zeitschrift „Test“ bestätigt.

Zur sinnvollen Reisevorbereitung gehört ein Besuch beim „Hauszahnarzt“. Diesen richtigen Weg zum „Urlaub ohne schmerzhaft Erfahrungen“ weist ein weiterer sommerlicher Artikel in *Zeit für Zähne*. Erzählt wird die Geschichte eines Patienten, dem bereits das erste kalte Getränk im Flugzeug den Spaß an der Reise vergällt. Im weiteren Beiträgen bietet *Zeit für Zähne* dem Leser Tips zur richtigen Pflege der Zahnzwischenräume mit Zahnseide und Interdentalbürsten – mit dem Hinweis, daß man sich die richtige Anwendung am besten vom Zahnarzt oder seinem Team zeigen läßt. Dazu liest man kritische Worte zum überbürokratischen deutschen Gesund-

heitssystem, einen Bericht über die Versuche Zar Peters des Großen als „Zahnbrecher“ und vieles mehr. Natürlich gibt es für die Jüngeren wieder etwas Neues von Coco, Dr. Zahntiger und Co, wie üblich mit Malwettbewerb und Preisausschreiben. Wie sehr die Doppelseite die jüngeren Patienten anspricht, belegen jeweils mehrere Kisten mit Zuschriften zu den letzten Ausgaben und viele phantasievolle Zeichnungen.

Der Ausschuß für Öffentlichkeitsarbeit der KZV Nordrhein würde sich freuen, wenn Sie die neue Ausgabe von *Zeit für Zähne* wieder in Ihrer Praxis auslegen. Wenn die 20 Exemplare vergriffen sind, können Sie weitere kostenlos nachbestellen. Weisen Sie (oder Ihre Helferinnen) die Patienten doch darauf hin, daß sie *Zeit für Zähne* gerne mit nach Hause nehmen können. So können wir auch Patienten erreichen, die nicht oder viel zu selten zum Zahnarzt gehen. Und wenn Sie Zeit und Lust haben, dann faxen Sie uns doch, wie diese Zeitung bei Ihnen und Ihren Patienten angekommen ist. Themenvorschläge für die folgenden Ausgaben sind uns ebenfalls sehr willkommen.

Dr. Uwe Neddermeyer

Wünschen Sie noch weitere Exemplare?
Informieren Sie auch Ihre Helferinnen über die Möglichkeit, Hefte zu bestellen bei der
Redaktion *Zeit für Zähne*
KZV Nordrhein,
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit,
Lindemannstr. 34–42
40237 Düsseldorf,
Tel./Fax (02 11) 9 68 42 79 / 3 32

7. Offene Europäische Ärzte- und Apothekermeisterschaften im Fechten a.W. Dillingen (Saar), 12. 9. 2003

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Studierende der entsprechenden Fächer mit gültigem Sportpaß. Startgeld: 20,- € je Waffe, 30,- € für Doppelstarter. Studenten und AIP zahlen die Hälfte.

Information und Anmeldung: Dr. Hans-Wilhelm Deutscher, Illtalstr. 58, 66571 Eppelborn-Bubach
Tel. 0 68 81 / 70 26, Fax 0 68 81 / 89 73 99, E-Mail: Dr.Deutscher@t-online.de

Rainer Schwickerath, Dörnerweg 13, 66809 Nalbach
Tel. 0 68 39 / 86 04 71, Fax 0 68 39 / 86 04 72, E-Mail: Rainer.Schwickerath@t-online.de.

Integriert in das Fechtturnier wird am 13./14. 9. 2003 eine sportwissenschaftliche Weiterbildung für Ärzte, Trainer und Physiotherapeuten stattfinden. Im Anschluß an die Finalkämpfe findet in der Stadthalle Dillingen ein Gesellschaftsabend mit Programm, Buffet und Tombola statt, die Kosten betragen 20,- € incl. Buffet.

Aktualisierung der Adressendatei

Aktuell und schnell ...

... informiert die KZV Nordrhein beinahe 6000 Vertragszahnärzte in Nordrhein unter Zuhilfenahme verschiedener Medien vom RZB über den Informationsdienst (ID) bis hin zu Telefon und Fax. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, wird eine Aktualisierung der Datenbank der Abteilung Register durchgeführt. Dabei ist die Mithilfe aller nordrheinischen Praxen notwendig.

Bei telefonischen Rückfragen zur Abrechnung oder etwa zu unleserlich bzw. unvollständig ausgefüllten Formularen kommt es in letzter Zeit leider des öfteren vor: Statt des freundlichen „Guten Morgen“ ist nur ein mechanisches „Kein Anschluß unter dieser Nummer“ zu hören. Ebenso ärgerlich: wenn eine Mitarbeiterin der KZV zum besseren Verständnis „eben schnell“ ein Fax an eine Praxis abschickt und das Display lakonisch mitteilt: Übertragungsfehler.

Gründe für die steigende Zahl nicht mehr aktueller Telefon- und Faxnummern in der Datenbank der KZV Nordrhein sind leicht zu finden: Immer häufiger werden die Telefonanbieter gewechselt. Bei der Umstellung ganzer Ortsnetze haben sich zudem oft sämtliche Anschlüsse in einem mehr oder minder weiten Bereich geändert. Ein Teil der Praxen hat diese wichtigen Informationen direkt an die KZV weitergegeben. Die Abteilung Register erfaßt zudem neue Telefonnummern, soweit sie anderweitig in Erfahrung gebracht werden. Dennoch ist die Zahl der nicht mehr aktuellen Telefon- und Faxnummern im Laufe der Jahre leider mehr und mehr angestiegen. Brigitte Lichtwald, Teamleiterin in der Abteilung Abrechnung: „Oft kommt es zu ärgerlichen Verzögerungen, weil sich jeden Tag mehrfach herausstellt, daß Telefonnummern nicht mehr stimmen! Dann müssen wir die aktuelle Nummer erst außerhalb der Datenbank der KZV recherchieren. Dabei ist der direkte telefonische Kontakt für

eine schnelle und möglichst unbürokratische Arbeit und die termingerechte Abwicklung der zahllosen Abrechnungen unbedingt notwendig.“

Aktuelle Telefonnummern erfassen!

Um das Übel direkt an der Wurzel zu packen, möchte die KZV die Daten der Abteilung Register in einer einmaligen Aktion so rasch wie möglich auf den neuesten Stand bringen. Dem nächsten „ID“ liegt ein Formular bei, auf dem Sie (bitte in deutlicher Schrift) Name, Praxisadresse, Telefon- und Faxnummer sowie die Internetadresse Ihrer Praxis (wenn vorhanden) notieren. Das Blatt legen Sie bitte Ihrer nächsten Abrechnung bei. Alternativ können Sie die von uns gewünschten Daten auch per E-Mail an Register@KZVNR.de schicken.

Nach Abschluß der Aktion bittet die KZV zudem darum, sämtliche Änderungen von Adresse und/oder Telefon- und Faxnummer unbedingt direkt an die KZV Nordrhein weiterzugeben.

Im Rahmen der einmaligen Aktion werden erstmalig auch die Internet- und E-Mailadressen der nordrheinischen Praxen erfaßt. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, daß der elektronische Informationsweg immer wichtiger wird, mehr und mehr die „Schneckenpost“ und partiell auch das Telefon ersetzt. Geplant ist, in nächster Zeit wichtige Informationen an alle nordrheinischen Praxen per E-Mail direkt und zeitnah weiterzu-



„Kein Anschluß unter dieser Nummer“ muß nicht sein, bitte teilen Sie der Abteilung Register umgehend Ihre Adreß- und Telefonänderungen mit – für eine schnelle und unbürokratische Zusammenarbeit!

Foto: Neddermeyer

geben und über aktuelle Entwicklungen zu informieren. Darüber hinaus erhofft sich die KZV Nordrhein längerfristig Einsparungen bei den hohen Versandkosten, die bei fast 5000 Praxen zwangsläufig entstehen.

Dr. Uwe Neddermeyer

KZV Nordrhein

Aktualisierung der Praxisdaten

Abrechnung-Nummer

(Teil) Name

Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer (mit Vorwahl)

Faxnummer (mit Vorwahl)

E-Mail-Adresse (Praxis)

Praxis-Homepage

Praxismergel

Studie zu vergeßlichen Patienten

Was man schwarz auf weiß besitzt ...

... kann man getrost nach Hause tragen. Dieser alte Sinnspruch hat zwar schon viele hundert Jahre „auf dem Buckel“, ist aber heute immer noch aktuell. Genauso wahr – und alt – ist der Satz: Das Gedächtnis ist schwach, was man schreibt, bleibt. Eine Studie der Universität Utrecht zeigt, daß auf das Erinnerungsvermögen sogar bei wichtigen Informationen kein Verlaß ist. Viele Patienten vergessen nicht nur unwichtige Nebensächlichkeiten, nein, auch lebenswichtige Informationen, die Ärzte ihnen mit auf den Weg geben.

Welcher Zahnarzt kennt ihn nicht, den vergeßlichen Patienten? Die Helferinnen am Empfang können ebenfalls Geschichten über ihn erzählen: Keine Minute, nachdem er den Behandlungsraum verlassen hat, bittet er die ZFA vor der Tür um Aufklärung über genau die Punkte, die ihm kurz zuvor der Zahnarzt

detailliert und präzise erklärt hat. Oder der Patient kommt wenige Minuten nach der Behandlung nochmals zurück in die Praxis bzw. ruft nach dem Termin am Morgen nachmittags aufgeregt an und „löchert“ die ZFA und den behandelnden Zahnarzt am Telefon erneut mit Fragen.

Bestätigt wird das schlechte Gedächtnis vieler Patienten durch geradezu erschreckende Zahlen, die der niederländische Wissenschaftler Dr. Roy Kessels von der Universität Utrecht nach einer Untersuchung in mehreren Ländern veröffentlicht hat. Danach erinnerten sich die Patienten später nur noch an etwa zwanzig Prozent der medizinische Informationen, die ihnen im Krankenhaus mit nach Hause gegeben wurden. Und – noch schlimmer – fast die Hälfte von dem, was im Gedächtnis hängenblieb, war zudem nicht korrekt!

Kessel führt verschiedene Gründe für das schlechte Erinnerungsvermögen auf:

- Alter. Mit dem Alter geht die Erinnerungsfähigkeit gerade für komplexe medizinische Informationen zurück.
- Feststehende Vorurteile. Patienten vergessen besonders Informationen,

wenn sie mit ihren persönlichen Vorstellungen über Krankheit(en) nicht übereinstimmen. Leichter als solche, die mit bereits vorhandenen Sichtweisen kollidieren, werden vollkommen neue Informationen behalten.

- Streß. Angst, wie sie in Zusammenhang mit Krankheit nur verständlich ist, verringert die Konzentrationsfähigkeit bzw. fokussiert die Konzentration auf die Krankheit und weg von der Therapie.
- Komplexität der Information. Patienten erinnern sich am besten an die ersten Erläuterungen, die sie erhalten. Zudem merken sie sich spezielle Detailinformationen besser als generelle Aussagen. Geordnete, logische Erklärungen unterstützen die Erinnerungsfähigkeit, solange der Arzt zunächst deutlich macht, wie das Folgende strukturiert ist. Wichtig ist eine möglichst einfache und eindeutige Sprache.
- Mündlichkeit. Je mehr Informationen der Arzt gibt, desto weniger behält der Patient, besonders bei mündlichen Informationen. Weit besser im Gedächtnis behalten werden schriftliche Informationen, insbesondere von zumindest durchschnittlich gebildeten Patienten. Noch besser bleibt durch Bilder vermitteltes Wissen haften. Zum Teil behielten die Patienten laut Kessel nur 14 Prozent der mündlich gegebenen Informationen korrekt, während etwa 80 Prozent der bildlich übermittelten Informationen später richtig wiedergegeben werden konnten. Keine positiven Auswirkungen auf das Erinnerungsvermögen hatte der Einsatz von Video- oder Multimedia-Techniken.

Kessels empfiehlt Ärzten, eine möglichst einfache und eindeutige Sprache zu wählen und das wichtigste immer zuerst zu sagen. Schriftliche Informationen und Abbildungen, etwa Röntgenbilder, können dem Gedächtnis der Patienten enorm nachhelfen. Nach bisherigem Stand erreicht man die besten Ergebnisse durch eine Kombination von mündlichen und schriftlichen bzw. bildlichen Informationen.

Schwarz auf weiß im Zahn-Lexikon

Für die Zahnarztpraxis bietet sich ein breites Spektrum von Möglichkeiten, dem Gedächtnis der Patienten mit Broschüren, Informationsblättern und anderem Material auf die Sprünge zu helfen.





Den nordrheinischen Praxen steht im *Zahn-Lexikon* ein breiter Grundstock an schriftlichen Informationen zur Verfügung. Der Ausschuß für Öffentlichkeitsarbeit hat das Werk zu Beginn dieses Jahres allen nordrheinischen Praxen kostenlos zur Verfügung gestellt. Es enthält zu insgesamt 65 zahnmedizinischen Themen jeweils ein bis zwei Informationsblätter, die den Patienten als Ergänzung zu einer mündlichen Beratung schwarz auf weiß mit nach Hause gegeben werden können. Die insgesamt 17 Kapitel drehen sich unter anderem um Zahnfüllungen, Materialien, Kronen, Brücken, Partielle Prothetik, Totalprothesen, Implantate, Funktionsanalyse, Prophylaxe, Ästhetische Zahnheilkunde, Parodontologie, Zahnchirurgie, Endodontie und Kieferorthopädie. Ausschuß-

vorsitzender Dr. Heinz Plümer: „Mit vergeblichen Patienten hat wohl jeder Zahnarzt und jede Helferin so seine bzw. ihre Erfahrungen gemacht. In den bestürzenden Ergebnissen der niederländischen Studie sehe ich den Sinn unserer zeitraubenden Arbeit im Ausschuß für Öffentlichkeitsarbeit nochmals eindrucksvoll und geradezu punktgenau bestätigt. Das *Zahn-Lexikon* bietet sich als umfangreiches Kompendium mit Patienteninformationen an, dem Patienten zusätzlich zur mündlichen Aufklärung übersichtliche und verständliche schriftliche Informationen mitzugeben. Diese kann er – außerhalb der eventuellen Streßsituation in der Praxis – zu Hause in Ruhe verarbeiten. So weit wie möglich wird auf Fachsprache verzichtet. Einige unverzichtbare Fachausdrücke werden in einfacher Form erklärt, damit die Patienten wissen, wovon wir sprechen.“

Zahntipps geben ersten Überblick

Neben dem *Zahn-Lexikon* steht den nordrheinischen Zahnärzten weiteres schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung: Fünf *Zahntipps* enthalten ei-



Beratung am Telefon oder über das Internet – wichtige Angebote für den Patienten. Diese ersetzen allerdings nicht das persönliche Gespräch in der Praxis.
Fotos: Neddermeyer

nen ersten Überblick über die Themen Prophylaxe, Zahnersatz, Füllungen, kosmetische Zahnbehandlungen und Implantate. Sie können (zum Teil jetzt schon im zweiten Nachdruck) weiterhin zum Selbstkostenpreis bestellt werden (Bestellformular unten). Wenn es um die sichere und verständliche Information ihrer Patienten geht, präsentieren sich die nordrheinischen Zahnärzte somit mehr als nur gut aufgestellt!

Dr. Uwe Neddermeyer

Roy Kessels,
Patients' memory for medical information;
in: Journal of the Royal Society of
Medicine 96 (2003), S. 219–222.

Studie kann bei der Redaktion angefordert werden, Tel. 02 11 / 9 68 42 17.

BlueChip Agentur für Public Relations & Strategie

Fax (02 01) 8 30 12 60

Hiermit bestelle ich gegen Rechnung:

Zahntipp (je Broschüre 0,27 €)
zzgl. Konfektionierung und Versandkosten
(Mindestmenge je Ausgabe: 20 Stück)

- Prophylaxe _____ Stück
- Zahnersatz _____ Stück
- Zahnfüllungen _____ Stück
- Kosmetische Zahnbehandlung _____ Stück
- Implantate _____ Stück

Bitte gut leserlich ausfüllen

Name _____

Praxis _____

Adresse _____

Telefon _____

(für Rückfragen)

Unterschrift/Stempel

Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung 2002

In dieser Ausgabe des Rheinischen Zahnärzteblattes ist der Bedarfsplan für das Jahr 2002 – Stand 31. 12. 2001 – unterteilt nach vertragszahnärztlicher und kieferorthopädischer Versorgung, veröffentlicht.

Die KZV Nordrhein führt damit aus, was das Gesetz ihr als zwingende Aufgabe vorgibt, nämlich die Aufstellung von Bedarfsplänen für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung (§§ 99 ff SGB V). Die Pläne werden dabei auf der Grundlage der vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinien aufgestellt. Ziel der Bedarfsplanung ist eine möglichst gleichmäßige und ausreichende Versorgung der sozialversicherten Patienten im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB V als Teil des Sicherstellungsauftrages der KZV.

Der vorliegende Bedarfsplan ist – wie im SGB V und in der Zahnärzte-ZV vorgesehen – im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen aufgestellt worden. Er wurde vom Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen beraten und zur Veröffentlichung freigegeben.

Gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ist davon auszugehen, daß in kreisfreien Städten auf 1.280 Einwohner ein Zahnarzt bzw. in Kreisen und im Ruhrgebiet auf 1.680 Einwohner ein Zahnarzt und auf 16.000 Einwohner ein Kieferorthopäde entfallen soll. Dabei wurden bei dem vorliegenden Bedarfsplan in die Bedarfsplanung zugelassene und

ermächtigte Kieferorthopäden einbezogen. Kieferorthopädisch tätige Zahnärzte wurden anteilig berücksichtigt.

Da man dem Bedarfsplan 2002 nur noch statistischen Wert zumessen kann, haben wir diese geraffte Form der Veröffentlichung gewählt.

Das Zahlenmaterial kann für eine zukünftige Bedarfsbeurteilung nur noch bedingt verwendet werden, da sich in der Zwischenzeit Veränderungen ergeben haben.

Auf Anfrage stellen wir niederlassungsinteressierten Zahnärzten gerne aktuelles Zahlenmaterial zur Verfügung. Hierzu und bei weiteren diesbezüglichen Fragen steht Ihnen gerne unsere Mitarbeiterin Frau Birmele – Abteilung Register/Zulassung – unter der Tel.-Nr. (02 11) 96 84-3 39 zur Verfügung.

Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein 2002

(Stand 31.12. 2001)

Der **Ist-Stand** weist die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragszahnärzte einschließlich angestellte Zahnärzte (§ 32 b Zahnärzte-ZV) aus. Kieferorthopädisch tätige Zahnärzte wurden anteilig berücksichtigt.

Der **Soll-Stand** errechnet sich aufgrund der Meßzahlen (Bedarfsrichtlinien), die sich nach kreisfreien Städten und Kreisen wie folgt unterscheiden:

- 1 : 1.280 in kreisfreien Städten
- 1 : 1.680 in Kreisen und im Ruhrgebiet

Regierungsbezirk Düsseldorf

Kreisfreie Städte	Einwohner	Soll	Ist
Düsseldorf	571.232	446,3	434,0
Duisburg	532.364	316,9	239,0
Essen	612.690	364,7	341,5
Krefeld	244.460	191,0	142,5
Mönchengladbach	270.263	211,1	155,5
Mülheim/Ruhr	176.353	105,0	109,0
Oberhausen	223.907	133,3	105,5
Remscheid	125.188	97,8	58,5
Solingen	164.769	128,7	81,0
Wuppertal	383.158	299,3	194,5

Kreis Kleve

Bedburg-Hau/Emmerich/Geldern/Goch/Issum/Kalkar/Kerken/Kevelaer/Kleve/Kranenburg/Rees/Rheurd/Straelen/Uedem/Wachtendonk/Weeze			
Einwohner	293.875	Soll 174,9	Ist 131,0

Kreis Mettmann

Erkrath/Haan/Heiligenhaus/Hilden/Langfeld/Mettmann/Monheim/Ratingen/Velbert/Wülfrath			
Einwohner	508.888	Soll 302,9	Ist 264,5

Kreis Neuss

Dormagen/Grevenbroich/Jüchen/Kaarst/Korschenbroich/Meerbusch/Neuss/Rommerskirchen			
Einwohner	436.766	Soll 260,0	Ist 230,0

Kreis Viersen

Brüggen/Grefrath/Kempen/Nettetal/Niederkrüchten/Schwalmtal/Tönisvorst/Viersen/Willich			
Einwohner	288.348	Soll 171,6	Ist 145,5

Kreis Wesel

Alpen/Dinslaken/Hamminkeln/Hünxe/Kamp-Lintfort/Moers/Neukirchen-Vluyn/Rheinberg/Schermbeck/Sonsbeck/Voerde/Wesel/Xanten			
Einwohner	476.641	Soll 283,7	Ist 225,0

Regierungsbezirk Köln

Kreisfreie Städte	Einwohner	Soll	Ist
Aachen	254.054	198,5	178,0
Bonn	309.885	242,1	266,0
Köln	1.011.504	790,2	683,0
Leverkusen	162.148	126,7	98,0

Kreis Aachen

Alsdorf/Baesweiler/Eschweiler/Herzogenrath/Monschau/Roetgen/Simmerath/Stolberg/Würselen			
Einwohner	304.732	Soll 181,4	Ist 152,5

Kreis Düren

Aldenhoven/Düren/Heimbach/Hürtgenwald/Inden/Jülich/Kreuzau/Langerwehe/Linnich/Merzenich/Nideggen/Niederzier/Nörvenich/Titz/Vettweiß			
Einwohner	263.832	Soll 157,0	Ist 116,5

Erftkreis

Bedburg/Bergheim/Brühl/Elsdorf/Erftstadt/Frechen/Hürth/Kerpen/Pulheim/Wesseling			
Einwohner	447.786	Soll 266,5	Ist 221,5

Kreis Euskirchen

Bad Münstereifel/Blankenheim/Dahlem/Euskirchen/Hellenthal/Kall/
Mechernich/Nettersheim/Schleiden/Weilerswist/Zülpich

Einwohner 186.440 **Soll** 111,0 **Ist** 81,0

Kreis Heinsberg

Erkelenz/Gangelt/Geilenkirchen/Heinsberg/Hückelhoven/
Sefkant/Übach-Palenberg/Waldfeucht/Wassenberg/Wegberg

Einwohner 244.089 **Soll** 145,3 **Ist** 103,5

Oberbergischer Kreis

Bergneustadt/Engelskirchen/Gummersbach/Hückeswagen/Lindlar/
Marienheide/Morsbach/Nümbrecht/Radevormwald/Reichshof/
Waldbroil/Wiehl/Wipperfürth

Einwohner 290.132 **Soll** 172,7 **Ist** 133,5

Rheinisch-Berg. Kreis

Bergisch Gladbach/Burscheid/Kürten/Leichlingen/Odenthal/Overath/
Rösrath/Wermelskirchen

Einwohner 276.505 **Soll** 164,6 **Ist** 149,0

Rhein-Sieg-Kreis

Alfter/Bad Honnef/Bornheim/Eitorf/Hennef/Königswinter/Lohmar/
Meckenheim/Much/Neunkirchen-Seelscheid/Niederkassel/Rheinbach/
Ruppichteroth/Sankt Augustin/ Siegburg/Swisttal/Troisdorf/Wacht-
berg/Windeck

Einwohner 574.600 **Soll** 342,0 **Ist** 283,5

**Bedarfsplan für die kieferorthopädische
Versorgung im Bereich
der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Nordrhein 2002**

(Stand 31.12. 2001)

Der **Ist-Stand** weist die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragszahnärzte für den Bereich Kieferorthopädie einschließlich angestellte Zahnärzte (§ 32 b Zahnärzte-ZV) aus. Kieferorthopädisch tätige Zahnärzte wurden anteilig berücksichtigt.

Der **Soll-Stand** errechnet sich aufgrund der Meßzahlen (Bedarfsrichtlinien), daß auf 16.000 Einwohner ein Kieferorthopäde entfallen soll.

	Einwohner	Soll	Ist
Düsseldorf	571.232	35,7	25,0
Duisburg	532.364	33,3	10,0
Essen	612.690	38,3	21,0
Krefeld	244.460	15,3	10,5
Mönchengladbach	270.263	16,9	11,0
Mülheim/Ruhr	176.353	11,0	7,0
Oberhausen	223.907	14,0	5,0
Remscheid	125.188	7,8	4,0
	Einwohner	Soll	Ist
Solingen	164.769	10,3	5,0
Wuppertal	383.158	23,9	10,0
Kreis Kleve	293.875	18,4	14,0
Kreis Mettmann	508.888	31,8	21,0
Kreis Neuss	436.766	27,3	19,0
Kreis Viersen	288.348	18,0	13,0
Kreis Wesel	476.641	29,8	20,0
Aachen	254.054	15,9	14,0
Bonn	309.885	19,4	20,0
Köln	1.011.054	63,2	39,0
Leverkusen	162.148	10,1	6,0
Kreis Aachen	310.125	19,4	12,0
Kreis Düren	263.066	16,4	8,0
Erftkreis	447.786	28,0	17,0
Kreis Euskirchen	186.440	11,7	6,0
Kreis Heinsberg	244.089	15,3	13,0
Oberbergischer Kreis	290.132	18,1	9,0
Rheinisch-Berg. Kreis	276.505	17,3	10,0
Rhein-Sieg-Kreis	574.600	35,9	24,0

**Ein wichtiger Termin für
perfekte Implantate:
Einladung zur Eröffnung.**

Zur Eröffnung unseres zahntechnischen Labors laden wir Sie herzlich ein: am Freitag, den 18. Juli ab 15.00 Uhr. Als eines von wenigen Laboren in Deutschland bieten wir Ihnen die computergestützte Implantologie an. Hierzu haben wir für die Eröffnung ein interessantes Programm für Sie zusammengestellt:

15:00	Begrüßung und Laborvorstellung
17:00	Periimplantäres Weichgewebsmanagement bei der Freilegungsoperation (Dr. V. E. Karapetian)
17:15	Augmentative Verfahren für eine einfache Prothetik (Univ.-Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller)
17:30	Indikationsgerechte Planung für den ästhetischen Langzeiterfolg (Dr. J. Neugebauer)
17:45	Computerunterstützte Operationsplanung auch für die Routine? (ZTM M. Schuler)
18:00	„Live“-Demonstration von CT-basierten Implantatschablonen (Med3D) und Implantatnavigation (Robodent)

Damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten können, lassen Sie uns bitte wissen, ob wir Sie in unseren Räumen willkommen heißen dürfen.

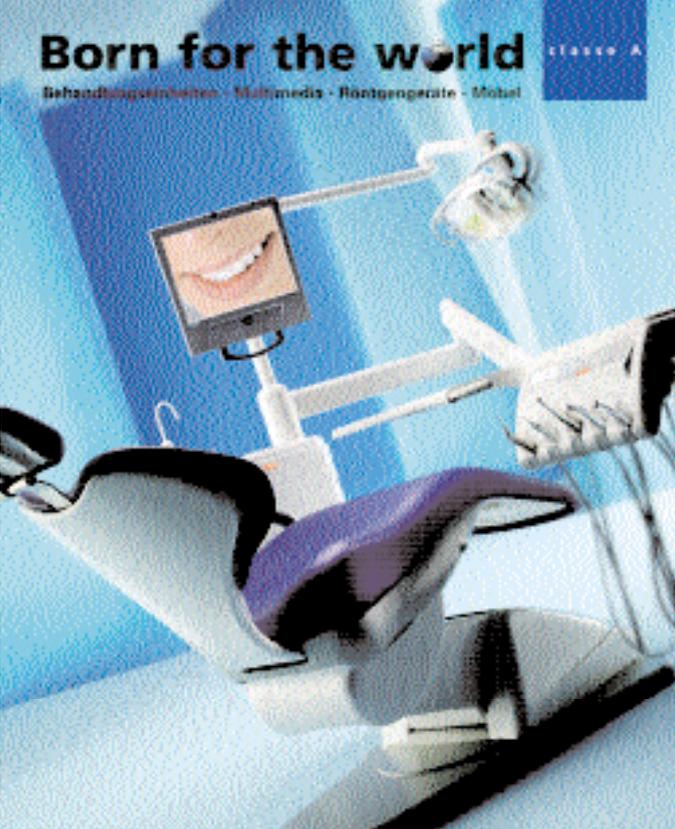


dentoplast
Fachlabor für Implantat- und Dentalprothetik

dentoplast GmbH & Co. KG · Sülzburgstrasse 21-23 · 50937 Köln
Fon 0221.80 01 59-11 · Fax -12 · info@dentoplast.de

Born for the world class A

Behandlungseinheiten - Multimedis - Röntengeräte - Möbel



onihos
Enjoy the difference

Hasenbeck Dental
Hülzenbergweg 103 · 40885 Ratingen · Tel. 02102/939 919 · Fax 02102/939673
hasenbeck-dental@t-online.de

Führung für Brühler Berufsschülerinnen

Blicke hinter die Kulissen ...

... warfen 50 angehende ZFA bei einem Besuch in der Lindemannstraße in Düsseldorf am Mittwoch, dem 25. Juni 2003. Die Berufsschülerinnen von der Karl-Schiller-Berufsschule Brühl stehen im zweiten Ausbildungsjahr kurz vor der Zwischenprüfung. Fachkundeführer Dr. Markus Fontani: „Die Schulung bleibt oft sehr abstrakt. In der KZV können wir unseren Schülerinnen einen konkreten Eindruck davon vermitteln, womit und mit wem sie es bei der Abrechnung zu tun haben.“

Die Begrüßung im Hause der KZV Nordrhein übernahm am Nachmittag Roswitha Wadenspanner, da bereits seit einiger Zeit Kontakte zwischen der Abteilung Register und der Berufsschule bestehen. Wegen der großen Zahl in Gruppen aufgeteilt, besuchte man dann verschiedene Abteilungen im Haus. Ulrich Düchting führte die eindrucksvolle Computeranlage der KZV vor und nahm dabei für die Abteilung EDV die Gelegenheit wahr, auf die Vorteile des Datenaustausches mit den Praxen hinzuweisen. Darko Milos, zuständig für die Verarbeitung der jeden Monat stapelweise eingehenden Disketten, zeigte den Besucherinnen die notwendigen technischen Geräte für die Erfassung der Abrechnungen. Er betonte ebenfalls

den enormen Nutzen der direkten elektronischen Datenübermittlung. Brigitte Lichtwald erläuterte anhand ausgewählter anonymisierter Beispiele die Bearbeitung der eingegangenen Abrechnungen in der zuständigen Abteilung. Dabei wies sie auf typische Fehler und Unklarheiten hin. Oft läßt sich mit relativ geringem Aufwand ein glatter Arbeitsablauf und Zeitersparnis sowohl für die Abteilung Abrechnung als auch für die Bearbeiterin in der Praxis erreichen.

Zwischendurch konnten sich die Gäste bei Kaffee und Kuchen in der Kantine stärken. Anschließend dankten die Begleiter der Gruppe, Beate Rex-Vohrmann, Agnes von Schroeter und Dr. Markus Fontani ihren Gastgebern für die Unterstützung. Sie möchten mit dem Besuch der Lindemannstraße bei den Berufsschülerinnen einen praxisnahen Einblick in das „Abrechnungsgeschäft“ und besseres Verständnis für den Hauptansprechpartner der Praxen erreichen. Eher skeptisch äußerte sich allerdings Gruppenleiterin Brigitte Lichtwald: „Grundsätzlich sind wir froh über jede Gelegenheit, mit unseren Ansprechpartnern in den Praxen guten Kontakt zu pflegen, auch schon während der Ausbildung. Bei den angehenden Helferinnen, die ja noch ziemlich am Anfang ih-



Darko Milos erläuterte den Berufsschülerinnen Technik und Vorteile des elektronischen Datenträgeraustausches (DTA).

rer Ausbildung stehen, zeigte sich allerdings ein sehr unterschiedliches Interesse an unseren Ausführungen. Durchaus verständlich – viele werden oder wollen mit der Abrechnung ja nur wenig zu tun haben und hauptsächlich oder ausschließlich am Zahnarztstuhl arbeiten. Zudem ist ihnen die Bedeutung der organisatorisch-finanziellen Seite ihres Berufs anscheinend noch nicht ganz klar. Interessierte Zahnmedizinische Fachangestellte, die bereits in der Abrechnung tätig sind oder das zumindest in absehbarer Zeit vorhaben, könnten wir bereits frühzeitig auf typische Anfängerfehler bzw. Probleme hinweisen und zeigen, worauf es ankommt.“ Mit ähnlichem Tenor sprachen sich auch die übrigen Beteiligten der KZV dafür aus, über eine bessere Lösung, etwa eine Art „Tag der offenen Tür“ für Interessierte nachzudenken.

Dr. Uwe Neddermeyer

Zulassungsausschuß Zahnärzte der KZV Nordrhein

Sitzungstermine 2003

Mittwoch, 23. Juli 2003

Mittwoch, 24. September 2003

Mittwoch, 15. Oktober 2003

Mittwoch, 26. November 2003

Mittwoch, 10. Dezember 2003

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.

RZB-Interview mit der Bundesgesundheitsministerin

Zahnärztliche Versorgung zählt zur Basisversorgung

In einer Pressemitteilung (PM) aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erklärte Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt** (SPD), daß sie in keiner Weise vor dem Einfluß der Verbände und Vereinigungen im Gesundheitswesen zurückweicht. In der PM Nr. 78 vom 29. April 2003 heißt es u. a. wortwörtlich: „Es ist meine feste Absicht, das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu beseitigen.“ Da der Arzt im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine andere Schlüsselstellung einnimmt als der Zahnarzt, befragte Dr. Kurt J. Gerritz für das RZB die Bundesgesundheitsministerin zum Inhalt der PM Nr. 78.

■ **RZB:** Sehr verehrte Frau Ministerin, die zahnärztliche Behandlung der Bevölkerung spielt sich in erster Linie in der ambulanten Praxis ab; Zahnärzte verschreiben kaum Medikamente und nehmen auch keine nennenswerten Krankenhauseinweisungen vor. Im übrigen hat die Prävention in der Zahnheilkunde einen höheren Stellenwert im Vergleich zur Medizin. Sie wollen das Vertragsmonopol der KVen beseitigen, gilt das ebenfalls für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen)?

Ulla Schmidt: Zahnärzte werden weiterhin ausschließlich im vertragszahnärztlichen Versorgungssystem ihre Leistungen erbringen. Das heißt, die zahnärztliche Versorgung wird wie bisher durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung und durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sichergestellt. Die zahnärztliche Versorgung zählt wie die hausärztliche oder augenärztliche Versorgung zur Basisversorgung und verbleibt daher im Kollektivvertragssystem.



Dr. Kurt J. Gerritz führte das Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Foto: R. Gerritz

■ **RZB:** In der besagten Pressemitteilung heißt es weiterhin, daß Sie als Gesundheitsministerin darauf zu achten haben, daß auch in der praktischen Reformphase eine möglichst optimale Versorgung gewährleistet ist. Glauben Sie, daß die gesetzlichen Krankenkassen in der Lage sind, nach Übertragung des Sicherstellungsauftrages die medizinische/zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung zufriedenstellend zu gewährleisten?

Ulla Schmidt: Ja, natürlich. Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist und bleibt gesichert. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Gesundheitszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Für die Zahnärzte bleibt es wie gesagt bei der bisherigen Regelung. Im übrigen werden die Krankenkassen künftig gestärkt. Ihre Aufgabe ist es, mögliche Versorgungslücken zu schließen.

■ **RZB:** Behält der Patient bei Ihrer geplanten Reform die freie Arztwahl?

Ulla Schmidt: Der Patient behält nicht nur die freie Arztwahl. Wir erweitern durch unsere Reform sogar das Spektrum. Gesundheitszentren werden zur vertragsärztlichen Leistungserbringung

zugelassen. Außerdem wird die freie Arztwahl dadurch unterstrichen, daß wir den Wettbewerb um Qualität unter den Leistungsbringern voranbringen.

■ **RZB:** Vielen Dank für das Kurzinterview.

(Anmerkung der Redaktion: Die Ministerin gibt allerdings zu, daß ihre Re-

formabsichten mit sehr schwierig zu lösenden Sach- und Fachfragen verbunden sind. Wörtliches Zitat: „Wer in der Gesundheitspolitik Neues zu Gunsten der Versicherten durchsetzen will, kann sich nicht in jedem Punkt auf absolut gesichertes Wissen und Erfahrung berufen. Jede Erneuerung, die Macht anders verteilt und neue Aufgaben wie Verantwortlichkeiten zuweist, hat notwendigerweise Prozeßcharakter.“)

Dr. Kurt J. Gerritz

Praxisräume

in **Essen** für ZA-Praxis prov. frei zu vermieten: 160qm, voll installiert, gute Aufteilung, modernes Haus, günstige Miete, **Tel. 02 01 / 7 98 79 82**

Gut eingeführte **Zahnarztpraxis in Krefeld** wegen Krankheit abzugeben. Gut ausgebildetes Personal! 176 m², 4 Behandlungszimmer (davon 3 eingerichtet), Röntgen, Steri-Raum, Mundhygiene-Raum, Wartezimmer, Sozialraum, Büro. Erweiterbar zur Doppelpraxis. Unbefristeter Mietvertrag, z. Zt. 11 €/m². Tel. 0 21 51 / 80 40 46, **E-Mail: dr.gruenert@t-online.de**

RZB-Interview mit Dr. Dieter Thomae (FDP)

Rot-Grün belügt das deutsche Volk



Dr. Dieter Thomae

Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Dr. Dieter Thomae war lange Zeit Vorsitzender des Bundesausschusses für Gesundheit, dem er heute als Mitglied angehört. Er zählt zu den erfahrensten Gesundheits- und Sozialpolitikern in Deutschland. Nach der Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder am 14. März 2003 und dem SPD-Sonderparteitag zur Agenda 2010 am 1. Juni 2003 gibt es zur bitter notwendigen Problemlösung in der Sozialpolitik eine höhere Chance für einen parteienübergreifenden Konsens. Das RZB befragte hierzu den liberalen Gesundheitsexperten Dr. Dieter Thomae, der in Sinzig-Bad Bodendorf (Rheinland-Pfalz) lebt. Die Fragen für das RZB stellte Dr. Kurt J. Gerritz.

■ **RZB:** Herr Dr. Thomae, zur Zeit liegt – wie damals unter Minister Horst Seehofer – ein parteienübergreifender Konsens zwischen Regierung und Opposition zur Reform der Sozialsysteme in der Luft. War der Kompromiß von Lahnstein im Jahre 1992 ein Fehler aus Ihrer Sicht und kann sich so etwas wiederholen?

Dr. Thomae: Kurz nach der Wiedervereinigung wollte man auf breiter Basis ein gemeinsames Gesetz schaffen, das die Finanzierung der Sozialsysteme stabilisieren sollte. Das ist nicht gelungen, weil die Richtung nicht stimmte. Lahnstein war ein Fehler. So wurde z. B. unter Seehofer der verhängnisvolle Weg der Budgetierung beschritten. Wir konnten zwar noch erreichen, daß die Budgetierung auf drei Jahre begrenzt wurde und 1997 mit den Neuordnungsgesetzen der

Weg der Liberalisierung eingeschlagen wurde. Aber leider hat Rot-Grün nach der Wahl im September 1998 in der Gesundheitspolitik wieder alles zunichte gemacht und den simplen Weg in die bürokratische Planwirtschaft begonnen.

■ **RZB:** Gibt es denn ein Lahnstein II mit der FDP unter den jetzigen Umständen?

Dr. Thomae: Aufgrund der dramatischen Arbeitsmarktsituation in Deutschland müssen Regierung und Opposition zusammenarbeiten, damit die Lohnnebenkosten gesenkt werden. Wenn allerdings das sog. Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) die Eckpunkte vorgibt, dann sind da so gravierende unterschiedliche Auffassungen z. B. zur Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen, zur Therapiefreiheit und zur freien Arztwahl, daß wir das als Fraktion und Partei nicht mitmachen können.

■ **RZB:** In einem solchen Fall würden Sie zusammen mit den Christdemokraten über den Bundesrat ein solches Gesetz wie das GMG scheitern lassen?

Dr. Thomae: Ich kann mich nur wiederholen, einem Gesetz, das den Weg in die Staatsmedizin und die Zerstörung der Freiberuflichkeit vorsieht, werden wir niemals unsere Zustimmung geben. Das GMG ist eine Kriegserklärung an alle, die keine Lust haben, mehr Geld für die Bürokratie als für die medizinische Versorgung der Menschen auszugeben.

■ **RZB:** Dann gibt es auch keine Zustimmung aus Rheinland-Pfalz, wo die Liberalen mit der SPD eine Koalition bilden?

Dr. Thomae: In einer solchen Situation müßte sich Rheinland-Pfalz zumindest der Stimme enthalten. Es ist unsere feste Überzeugung, daß der freiberufliche Arzt oder Zahnarzt besser und kostengünstiger arbeitet als die geplanten Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten.

■ **RZB:** Ulla Schmidt und der Gewerkschaftsflügel der SPD favorisieren Gesundheitszentren mit unselbständigen Ärzten. In der Gründungsphase soll für diese Polikliniken wegen der hohen In-

vestitionskosten sogar die Beitragssatzstabilität nicht gelten. Warum wird der Freiberufler gegenüber dem angestellten Arzt benachteiligt?

Dr. Thomae: Das geschieht aus rein ideologischen und machtpolitischen Gründen. Ein hoher Gewerkschaftsfunktionär hat mir gegenüber unverhohlen gestanden: „Wir suchen jede Chance, unsere Ideologie durchzusetzen, und wir wollen Positionen für unsere Mitglieder schaffen.“ Da spielt Kostendämpfung oder Beitragssatzstabilität nur eine untergeordnete Rolle.

■ **RZB:** Wollen Sie damit sagen, daß es diesen Leuten egal ist, was die dramatische Finanzsituation der Sozialsysteme anbetrifft? Hauptsache, Ideologie und die Machtfrage stimmen.

Dr. Thomae: Das ist das Erschütternde. Die Finanzsituation ist viel dramatischer als sie in der Öffentlichkeit dargestellt wird. Die rotgrüne Bundesregierung belügt in vielen Fällen das deutsche Volk.

■ **RZB:** Wie hoch ist denn das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Dr. Thomae: Wir haben kein Defizit von drei Milliarden Euro im gesetzlichen System. Wenn man die langfristigen Kredite, die die Krankenkassen aufgenommen haben, mitrechnet – hier gibt es unterschiedliche Interpretationen – muß man mindestens sechs Milliarden Euro hinzuzählen. Beitragssatzanhebungen noch im Laufe dieses Jahres sind unausweichlich.

■ **RZB:** Sogar Finanzminister Eichel hat sich im Kabinett beklagt. Wegen der fehlenden Reformen im Gesundheits- und Sozialbereich sei er in die Bredouille gegenüber Brüssel gekommen.

Dr. Thomae: Da hat Herr Eichel ein wahres Wort gesprochen.

■ **RZB:** Bundeskanzler Gerhard Schröder will den Beitragssatz der Krankenversicherung von 14,4 auf 13 Prozent senken. Halten Sie es für möglich, dieses Ziel mit den angesprochenen Maßnahmen zu erreichen?

Dr. Thomae: Dafür wird der Kanzler noch nachlegen müssen. Außerdem sollte er weiter gehen: Die FDP spricht sich dafür aus, die Beitragssätze um drei Prozentpunkte zu senken. Das können wir schaffen, wenn wir neben dem Krankengeld auch private Unfälle und Zahnersatz aus der gesetzlichen Versicherung herausnehmen. Auf diese Weise würden die Arbeitgeber in einem solchen Umfang entlastet, daß sie 750 000 zusätzliche Stellen schaffen können.

■ **RZB:** Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion ist dafür, nicht nur den Zahnersatz, sondern die Zahnmedizin weitgehend aus der GKV auszugliedern. Werden Sie neuerdings von der CDU rechts überholt?

Dr. Thomae: Das oberste Ziel muß lauten: „Wie können wir die hohe Arbeitslosigkeit durch Schaffung neuer Arbeitsplätze beseitigen?“ Diesem Ziel müssen sich die politischen Entscheidungsträger unterordnen. Dabei ist es durchaus denkbar, daß weite Teile der Zahnheilkunde in die Eigenverantwortung der Bürger übergeben werden. Natürlich sollte die zahnärztliche Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Behinderten weiterhin solidarisch finanziert bleiben. Ebenso sollte die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht völlig aus der Verantwortung der GKV entlassen werden. Wichtig ist, daß die Krankenkassen durch den Gesetzgeber in die Lage versetzt werden, daß sie beitragsenkende Leistungskürzungen vornehmen können, um z. B. den Beitragssatz von 13 Prozent nicht überschreiten zu müssen.

■ **RZB:** Zu diesen Leistungskürzungen gehören Zahnersatz und bestimmte Zahnbehandlungen?

Dr. Thomae: Ja. Eine Kasse, die aus finanziellen Gründen Leistungsaus-schlüsse vornimmt, kann ihren Versicherten paßgenaue private Zusatzversicherungen anbieten.

■ **RZB:** Sind das Zusatzversicherungen der GKV oder in der PKV (Privaten Krankenversicherung)?

Dr. Thomae: Diese Zusatzversicherungen werden in Kooperation zwischen



Dr. Kurt J. Gerritz (links) im Gespräch mit Dr. Dieter Thomae.

Fotos: Renate Gerritz

PKV und GKV angeboten. Die Krankenkassen sollen ihr gewünschtes Zusatzversicherungsangebot formulieren. Dieses Angebot wird innerhalb der PKV ausgeschrieben. In der Regel werden sich mehrere Anbieter finden, die zueinander in einem Preiswettbewerb stehen.

■ **RZB:** Und wie erfährt der Versicherte davon?

Dr. Thomae: Über diese in Frage kommenden Anbieter informiert die Krankenkasse ihre Versicherten.

■ **RZB:** Welche Vorteile hat dieses Modell?

Dr. Thomae: Da gibt es viele Vorteile: Es mindert die Lohnnebenkosten, es führt zu einem Kassenwettbewerb und zu einer wettbewerbsfähigen Kooperation zwischen GKV und PKV. Über Leistungsminderungen in der GKV, die demographisch unabweisbar sind, entscheidet nicht die Politik, sondern der

Wettbewerbsprozeß der Krankenkassen und damit im Endeffekt der Versicherte. Es schafft eine neue Balance zwischen Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung, indem vermehrt Leistungen in eine kapitalgedeckte private Zusatzversicherung überführt werden. Insoweit ist es generationengerechter und entspricht dem Grundsatz der Nachhaltigkeit.

■ **RZB:** Ist ein solches Konzept auch sozial?

Dr. Thomae: Da ein Mindestkatalog der GKV bestehen bleibt, kommt es nicht zu unsozialen Härten bei der Leistungsausgliederung. Gleichzeitig stehen kompensierende Zusatzversicherungen zur Verfügung.

■ **RZB:** Recht herzlichen Dank für das Interview. Über die Ausgestaltung der Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen sollten wir zur gegebenen Zeit das Gespräch unbedingt fortsetzen.

WEITERE TERMINE

**27.–29. 11. 2003
Göttingen**

15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich
Visionen und Traditionen

Information: Daniela Winke
Weidkampshaide 10, 30659 Hannover,
Tel. 05 11 / 53 78 25, Fax 05 11 / 53 78 28
E-Mail: dgi-winke@t-online.de, Internet: www.dgi-ev.de

**20.–21. 11. 2003
Bad Lippspringe**

Deutsche Gesellschaft
für Hypnose e.V.

Hypnose – Magie Macht Wirklichkeit

Information: Geschäftsstelle der DGH, Druffels Weg 3,
48653 Coesfeld, Tel. 0 25 41 / 88 07 60, Fax 0 25 41 / 7 00 08
E-Mail: DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de
Internet: www.hypnose-dgh.de

RZB-Interview mit KFO Dr. Mathias Höschel

Für Eigenverantwortung, gegen Vollkaskomentalität

Nach einem heftigen Streit haben sich CDU und CSU auf ein Alternativkonzept zur rot-grünen Gesundheitsreform geeinigt. Zahnersatz soll aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in eine verpflichtende Privatversicherung überführt werden. Der Einstieg in die private Absicherung von Gesundheitsrisiken war unter den Schwesterparteien heftig umstritten. Im Tauziehen innerhalb der Union wollte die CDU nicht nur den Zahnersatz, sondern die gesamte Zahnbehandlung aus der GKV streichen. Dagegen hatte sich insbesondere der stellvertretende CSU-Vorsitzende Horst Seehofer massiv gewehrt und der CDU vorgeworfen, eine „Privatisierungsgorgie“ zu planen.

Die jetzt erzielte Lösung ist aus Sicht von Andreas Storm (CDU) und Annette Widmann-Mauz (CDU) ein Einstieg in einen Paradigmenwechsel in der GKV in Richtung mehr Eigenverantwortung der Bürger. Nach ihren Angaben könnten allein durch die Ausgliederung des Zahnersatzes drei Milliarden Euro gespart werden. Die Bürger würden durch die neue private Versicherung für Zahnersatz mit etwa 7,50 Euro pro Monat belastet werden. Kinder unter 18 Jahren sollten beitragsfrei bleiben. Die CDU habe sich zwar bei der Ausgliederung von zahnärztlichen Leistungen mehr vorstellen können, ein Anfang sei aber gemacht.

Daß es überhaupt in der großen Volkspartei zu einer Änderung der Denkweise in der Gesundheitspolitik gekommen ist, verdanken wir jungen dynamischen Nachwuchspolitikern in der Union, die nicht mehr bereit sind, die drängenden demographischen Probleme der Sozialsysteme in Deutschland auf die lange Bank zu schieben. So hat sich im bundesweit größten Landesverband der CDU in NRW ein Gesundheitspolitischer Arbeitskreis etabliert, der mit dem Motto „Von der Vollkaskoversicherung zur Eigenverantwortung“ wirbt und in einem Flyer vor dem drohenden Kollaps im Gesundheitswesen warnt. Das RZB sprach mit dem ersten Vorsitzenden des

Gesundheitspolitischen Arbeitskreises (GPA) der CDU-NRW, dem Kieferorthopäden Dr. Mathias Höschel aus Düsseldorf. Die Fragen für das RZB stellte Dr. Kurt J. Gerritz.

■ **RZB:** Herr Kollege Höschel, wann wurde der Arbeitskreis gegründet und was ist die Zielsetzung?

Dr. Höschel: Nach längerer Vorbereitungsphase wurde der Gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) im August 2002 ins Leben gerufen. Den offiziellen Beschluß des Landesvorstandes der CDU-NRW, den GPA als Netzwerk der CDU einzusetzen, gab es im Mai 2003. Der nächste Schritt wird – wie Generalsekretär Reck bereits konstatierte – meine Aufnahme in den Vorstand der CDU-NRW als kooptiertes Mitglied sein. Die Zielsetzung des Arbeitskreises innerhalb der Volkspartei CDU ist es, das Gesundheitssystem von einer Mentalität der Vollkaskoversicherung hin zu einem effektiven System auf der Basis von Eigenverantwortung zu verändern. Das Gesundheitswesen soll hinsichtlich der Leistungen effektiver und der Kosten langfristig wirtschaftlich tragbar werden. Nur durch Übernahme von Eigenverantwortung kann in Zukunft ein für alle zugängliches Gesundheitssystem geschaffen werden.

■ **RZB:** Wie wird man Mitglied und ist für die Mitgliedschaft im GPA die Mitgliedschaft in der CDU Voraussetzung?

Dr. Höschel: Eine wirkliche Chance, Politik mitzugestalten, haben wir nur, wenn wir das auch aus den Parteien heraus versuchen. Kommt man nur von außen als Interessenvertreter, so ist der Wirkungsgrad stark eingeschränkt. Der GPA ist die politische Plattform aller an der Gesundheitspolitik interessierter Bürger und natürlich auch der Leistungsträger der Medizinberufe. Eine Mitgliedschaft in der CDU ist keine Voraussetzung für die Mitgliedschaft im GPA. Sie ist ab kommenden Jahr mit einer Spende von mindestens 20 Euro verbunden und kann über die Landesgeschäftsstelle des GPA, Berliner Alle 61, 40212 Düsseldorf, oder bei der Landesgeschäftsstelle der



Dr. Mathias Höschel

CDU-NRW in Düsseldorf beantragt werden. Der Mitgliederkreis des GPA ist bereits auf über 500 Personen angewachsen, davon eine Reihe Bundestags- und Landtagsabgeordneter. Von Zahnärzteseite u. a. der Vorsitzende der Zahnärztekammer Deutschlands, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, und der Vorsitzende des DZV, Martin Hendges.

■ **RZB:** Denken Sie bei Ihren Bemühungen nicht auch an die Leistungsträger im System?

Dr. Höschel: Die Perspektiven für die Leistungsträger des Gesundheitswesens, für Medizin- und Pflegepersonal, sind erschütternd. Staatsdirigismus, Kontrollbürokratie und Zuteilungsmedizin bestimmen in diesem budgetierten System das Geschehen. Die Motivation der Heilberufe ist auf einem Tiefstand. Das müssen wir ändern.

■ **RZB:** Ergibt sich für die CDU auch ein Vorteil?

Dr. Höschel: Der Nutzen für die Partei ist auf jeden Fall gegeben, insofern als sie nun themenbezogen in der Gesundheitspolitik bestimmte Wählerschichten kompetent ansprechen kann. Früher gab es mit Herrn Dr. Becker (CDU) aus Frankfurt einen Vorsitzenden im Ausschuß für Gesundheit und soziale Sicherung des Bundestages, der Arzt und gleichzeitig Vorsitzender der Gesundheitskommission der Mittelstandsvereinigung der CDU war. Das wollen wir bei den Christdemokraten wieder aufleben lassen.

■ **RZB:** Findet das auch die Zustimmung des Landesvorsitzenden der NRW-CDU Dr. Jürgen Rüttgers?

Dr. Höschel: Auf jeden Fall. Herr Dr. Rüttgers unterstützt diese Bestrebungen, da er die Situation des Gesundheitswesens ähnlich analysiert. Auf dem diesjährigen Landesparteitag waren wir

mit einem Stand vertreten und konnten uns somit den Delegierten präsentieren. Mit der Gründung des GPA – des ersten Netzwerkes der CDU – ist durch Dr. Rüttgers und uns eine innerparteiliche Strategiediskussion angestoßen worden. „Themenorientierte Parteiarbeit“ und „die CDU als Bürgerpartei“ sind hier die Schlagworte. Der GPA ist das Projekt einer neuen Öffnung der Partei – auch auf Bundesebene. Deshalb werden unsere Aktivitäten stark gefördert und es findet ein reger Austausch mit Spitzenpolitikern der Länder und des Bundes statt.

■ **RZB:** *Im kommissarischen Vorstand der GPA gibt es noch den Vorsitzenden der Jungen Union Deutschlands Philipp Missfelder und die Düsseldorfer Bundestagsabgeordnete der CDU Hildegard Müller, früher auch Vorsitzende der Jungen Union.*

Dr. Höschel: Mit Hildegard Müller und Philipp Missfelder haben wir zwei junge Vollblutpolitiker im Boot. Philipp Missfelder ist kürzlich erst mit 23 Jahren zum jüngsten Vorsitzenden der Jungen Union Deutschlands gewählt worden, Hildegard Müller sitzt mit 35 Jahren bereits zum zweiten Mal im Präsidium der CDU. Sie ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung im Deutschen Bundestag. Dadurch, daß sie in die Herzog-Kommission berufen wurde, hat sie wesentlichen Anteil am Kurs der CDU-Gesundheitspolitik. Über Philipp Missfelder haben wir die Zusammenarbeit mit dem CDU-Nachwuchs sichergestellt. So konnten wir maßgeblich am neuen Gesundheitsprogramm der JU mitwirken. Die Junge Union Deutschlands ist mit 120 000 Mitgliedern übrigens Europas größte Jugendorganisation.

■ **RZB:** *Können Sie die Grundzüge der Herzog-Kommission beschreiben?*

Dr. Höschel: Die Kommission unter Führung von Roman Herzog (CDU) hat vorgeschlagen, die gesamte Zahnheilkunde aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern. Sie schlägt den Abschluß einer privaten Zusatzversicherung vor. Ergänzend will die CDU die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages für Zahnbehandlung als Lohnbestandteil. Im Gegensatz zur SPD übernimmt der Arbeitgeber auch weiterhin das Krankengeld.

■ **RZB:** *Haben Sie auch die Unterstützung der CDU-Mittelstandsvereinigung (MIT)?*

Dr. Höschel: Die MIT-NRW mit Hartmut Schauerte (MdB) steht voll zu unserem Anliegen. Da gibt es keinerlei Reibungspunkte.

■ **RZB:** *Reibungspunkte gibt es allenfalls mit dem Arbeitnehmerflügel der CDU, der CDA mit Hermann-Josef Arenz (CDU).*

Dr. Höschel: Diesen Antagonismus muß eine große Volkspartei wie die CDU aushalten. Das ist schon spannend, was da abgeht. Immerhin ist der Landesverband NRW der größte innerhalb der Christlich Demokratischen Union.

■ **RZB:** *Wie ist denn das Verhältnis zur CSU? Da herrscht doch eine andere Denkschule in gesundheitspolitischen Fragen.*

Dr. Höschel: Unser Arbeitskreis hat sehr gute Verbindungen zum gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CSU unter Leitung des Bundestagsabgeordneten Wolfgang Zöller. Die Bayern sind mit 5 000 Mitgliedern und einer straffen Struktur bis auf Kreisebene Vorbild für uns. Ich nehme regelmäßig an den monatlichen Vorstandssitzungen des Landesverbandes Bayern teil, und umgekehrt ist Dr. Peter Watzlaw aus Bayern bei uns kooptiertes Mitglied im Vorstand der GPA.

■ **RZB:** *Der stellvertretende Vorsitzende der CSU Horst Seehofer warnt vor den radikalen Reformvorschlägen der CDU und nennt sie „Privatisierungsorgie“.*

Dr. Höschel: Manche in der CDU sind stinksauer auf Seehofer. Der entscheidenden Sitzung der Herzog-Kommission, in der man die Linie festlegte, blieb er fern. Vor der Landtagswahl fährt die CSU scheinbar einen anderen Kurs. Danach fordert sie von uns dann wieder eine klare Linie. Wichtig ist, daß Angela Merkel und Edmund Stoiber auch ohne das Zutun von Horst Seehofer zu einem gemeinsamen Konzept gefunden haben. Einig ist die Union im Ziel, den Beitrag in der GKV von derzeit rund 14,4 Prozent auf 13 Prozent zu senken.

■ **RZB:** *Herr Kollege Höschel, ein anderes Thema. Sie sind seit einem Jahr als Landesvorsitzender des BDK (Bund Deutscher Kieferorthopäden) an führender Position auch standespolitisch tätig. Wie beurteilen Sie das Ergebnis zur Neurelationierung des BEMA?*

Dr. Höschel: Die Fachzahnarztgruppe Kieferorthopädie ist besonders betrof-

fen. Seit 1980 ist dieses die fünfte Abwertung ohne jede Kompensationsmöglichkeit. Hinzu kommen die sogenannten KIG-Regeln seit Januar 2002, welche zu einem Rückgang der KFO-Behandlungen im Rahmen der GKV um circa 20 Prozent geführt haben. Die Finanzbasis im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung wird für den Kieferorthopäden immer schmaler.

■ **RZB:** *Wie verkraftet man das?*

Dr. Höschel: Durch die Neurelationierung wird das KFO-Honorar im Schnitt um 19,8 Prozent abgewertet. Für uns ist die Bema-Umstrukturierung eine einzige Katastrophe. Wir können das nicht akzeptieren. Betroffen sind insbesondere Kinder und Jugendliche mit gravierenden Fehlstellungen der Zähne. Mit der vorgesehenen Kürzung der Zuweisungen zur kieferorthopädischen Behandlung um durchschnittlich 20 Prozent sowie einer fast 40prozentigen Streichung bei festsitzenden Zahnspangen wird sich die Versorgung jugendlicher Patienten dramatisch verschlechtern.

■ **RZB:** *Was werden Sie konkret unternehmen?*

Dr. Höschel: Die Mitgliederversammlung des BDK hat den Bundesvorstand beauftragt, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die versorgungspolitisch unerträglichen Auswirkungen abzuwenden. Wir befinden uns sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene noch in den Beratungen hinsichtlich konkreter Vorgehensweisen.

■ **RZB:** *Lassen die Richtlinien bei Mehrleistung einen Ansatz zu für eine Mehrkostenberechnung?*

Dr. Höschel: Wir sind noch in der Analyse. Aber gerade das ist das traurige Resultat der Neurelationierung. Die Ba-



Dr. Mathias Höschel (L.) im Gespräch mit Dr. Kurt J. Gerritz.

Fotos: Neddermeyer

sis der Mehrkostenberechnung ist stark eingeeengt worden. Viele klassische außervertragliche KFO-Leistungen finden sich im neuen BEMA-Katalog zu übelsten Vergütungen wieder. Wenn im geplanten GMG die Qualitätsanforderungen für Vertragszahnärzte erhöht und gleichzeitig die Honorare zusammengestrichen werden, dann paßt das alles nicht zusammen. Wir werden den Kampf dagegen aufnehmen, weil die Auswirkungen für unsere Patienten, aber auch

für die Praxen kurz- und mittelfristig verheerend sind.

■ **RZB:** *Wird es eine Auseinandersetzung der Kieferorthopäden mit Zahnärzten geben, die eventuell von der Umstrukturierung profitieren?*

Dr. Höschel: Vielleicht gibt es solche Hintergedanken in der großen Politik, welche gern einen Keil innerhalb der Zahnärzteschaft wie auch der Ärzteschaft treiben möchte. Das werden wir

nicht zulassen. Wir stehen zur Einheit des Berufsstandes. Erwarten allerdings gleichfalls, daß die zahnärztlichen Standesführer auch unsere Interessen besser in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik vertreten.

■ **RZB:** *Herr Kollege Höschel, recht herzlichen Dank für das Interview und viel Erfolg bei Ihren vielfältigen politischen und standespolitischen Ambitionen.*

Zahnärztliche Verbindungskommission: Plenarsitzung

ZÄV für die Zukunft gerüstet

Die Plenarsitzung der Zahnärztlichen Verbindungskommission ZÄV fand am 1. und 2. Mai 2003 in Linz statt. Eine der beiden jährlichen Plenarsitzungen findet immer in dem Land statt, das die Präsidentschaft innehat, zur Zeit ist es Österreich.

Es lag eine sehr umfangreiche Tagesordnung vor, die aber durch die souveräne Leitung des Präsidenten Dr. Wolfgang Doneus ohne Schwierigkeit in dem gegebenen Zeitrahmen abgearbeitet werden konnte. Die Regularien konnten schnell durchgezogen werden, und somit kam das Plenum schnell zur Vorstellung der neuen Satzung durch die Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe wurde installiert, nachdem man bei der Sitzung in Brüssel 2002 beschlossen hatte, daß ZÄV ein Verein nach belgischem Recht werden sollte, um einen offiziellen Status zu bekommen. Man hatte der Arbeitsgruppe ganz konkrete Themen- und Zeitvorgaben gegeben und nach sehr schneller und effizienter Arbeit unter Mitwirkung von Dr. Wolfgang Sprekels konnte man jetzt die neue Satzung vorlegen. Die Vorarbeit war so gut, daß man nach nur kurzer Diskussion die neue Satzung abstimmen konnte: Sie wurde mit einigen Feinkorrekturen einstimmig angenommen. Hauptpunkte der Satzung sind:

- Die Organisation heißt künftig EU Zahnärztlicher Verbindungsausschuß, kurz EU ZÄV. engl. EU DLC.
- Der Vorstand besteht aus sieben Mitgliedern: ein Vorsitzender, ein Schatzmeister und fünf weitere Mitglieder.
- In den Vorstand darf maximal ein Mitglied pro Mitgliedsland gewählt werden. Die Legislaturdauer beträgt drei Jahre, und die Mitglieder dürfen einmal wiedergewählt werden.

- Sachverständige können vom Vorstand jederzeit herangezogen werden. Für begrenzte Zeiträume kann der Vorstand „Task Forces“ mit deutlich spezifizierten Aufgaben schaffen.

Die Diskussion über das Budget wurde erschwert, da der Schatzmeister nicht anwesend war: Es zeichnete sich aber eine deutliche Beitragssteigerung ab. Die weitere Diskussion über die Änderung der sektoralen Richtlinien, die von der EU geplant ist, brachte zutage, daß die Lobbyarbeit Früchte getragen hat. Es liegen mehrere Änderungsanträge vor, die bearbeitet werden, und die Abstimmung im Parlament ist deshalb zum dritten Mal vertagt worden.

Die Länderberichte brachten keine bedeutenden Neuerungen, ebenso die Berichte der verschiedenen Arbeitsgruppen. Eine Ausnahme: Die Arbeitsgruppe Website konnte die erfolgreiche Installation der DLC-Website melden. Sie ist unter www.eudental.org zu erreichen und soll mit Hilfe von „spocs“ (special person of contact) mit Informationen aus den Mitgliedsländern gefüllt werden.

Die Arbeit von CEPLIS wurde sehr kritisch beurteilt, und man beschloß die Mitgliedschaft zu kündigen. Zum Schluß wurde noch einstimmig die Schirmherrschaft für das vom FVDZ und anderen Verbänden organisierte „Forum Liberal Dental Practice“ beschlossen, ein weiterer Erfolg des Verbandes auf internationaler Ebene.

Die Schlußfolgerung nach diesen zwei Tagen ist, daß die ZÄV für die weitere politische Arbeit im Sinne der Zahnärzte Europas gut gerüstet ist.

Evertz Lindmark

FÜR SIE GELESEN

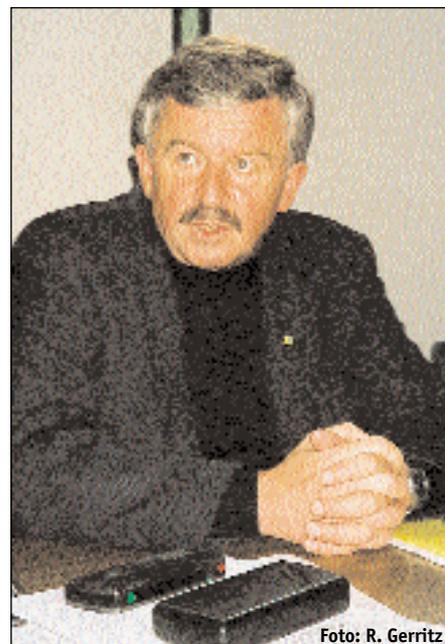


Foto: R. Gerritz

Zahnärzte gedachten Möllemanns

Dr. Kurt Gerritz und Vorstandskollegen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Bezirk rechter Niederrhein, gedachten am 12. Juni des am 5. Juni tödlich abgestürzten Politikers Jürgen W. Möllemann. Seit seiner Berufung zum gesundheitspolitischen Sprecher der Liberalen 1995 sei der Verstorbene ein zuverlässiger Ansprechpartner gewesen. Möllemann habe sich rasend schnell in die schwierige und komplexe Materie der deutschen Sozialsysteme eingearbeitet. Er sei immer Anwalt für Eigenverantwortung, Selbständigkeit und private Initiative gewesen und vehementer Gegner bürokratischer Gängelung und staatlicher Bevormundung im Gesundheitswesen. Sein Credo: In Gefahr und großer Not ist der Mittelweg der Tod. Diesen Weg zu gehen war er nicht bereit.

NRZ, 16. 6. 2003

Treffen mit Gudrun Schaich-Walch (SPD)

Zahnmedizin ist eine andere Baustelle

Am 14. Mai 2003 trafen sich die Mitglieder des Bezirksgruppenvorstandes des Freien Verbandes Düsseldorf (u. a. Dr. Daniel von Lennep, Dr. Ralf Hausweiler, Dr. Harald Krug, Dr. Hansgünter Bußmann), ergänzt um Rolf Hehemann, Hauptgeschäftsführer der KZV, mit der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages MdB Gudrun Schaich-Walch im Kölner Hotel Hilton.

In der Vorbereitung zu einer Gesundheitsreform und im Vorfeld der Abstimmung zur Agenda 2010 auf dem SPD-Parteitag Ende Mai in Berlin wollte Frau Schaich-Walch auf Vermittlung des Stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages MdB Michael Müller noch einmal über die Belange der Zahnärzte vor Ort informiert werden. Ohne Umschweife kam Frau Schaich-Walch dabei sehr schnell auf die Lösungsvorschläge der Zahnärzte zu sprechen. Befundorientierte Festzuschüsse seien, egal wie man sie letztendlich bezeichnen würde, in einem Gesetzesentwurf oder späteren Gesetz auch für sie ein gangbarer Weg, die Probleme der Baustelle Zahnmedizin in der GKV zu lösen. Im Gegensatz zu den Vorschlägen der CDU/CSU-Fraktionen, die Zahnmedizin ganz oder in großen Teilen aus der GKV herauszulösen, sei aber im Augenblick lediglich an ein Festzuschußsystem innerhalb der GKV gedacht, wobei sich die Höhe des Festzuschusses an dem nun neu zu beschreibenden BEMA orientieren solle. Dies sei auch so besprochen und würde in die Fraktion zur weiteren Diskussion getragen werden.

Im weiteren Verlauf erwies sich Frau Schaich-Walch als wirkliche Gesundheitsexpertin. Zahnmedizinische Sachverhalte waren ihr überhaupt nicht fremd, und so entwickelte sich eine sehr detaillierte Diskussion über die sich für Festzuschüsse eignenden Felder in der Zahnmedizin. Hierbei erschien es durchaus möglich, daß parodontologische und endodontologische Leistungen, aber auch konservierende Leistungen wie etwa Kunststofffüllungen sowie

Kiefergelenksbehandlungen in den Bereich von Festzuschüssen überführt werden könnten. Trotz der Festlegung auf ein Festzuschußsystem innerhalb des GKV-Systems stießen die Vorstellungen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte auf Interesse, nach denen man von ca. 1,3 Beitragspunkten GKV-Beitragsanteil der Zahnmedizin ca. 1 Beitragspunkt über Festzuschüsse ganz aus dem GKV-Katalog streichen könne, und mit 0,3 Prozent Kinderzahnheilkunde, zahnmedizinische Versorgung bei Trauma bzw. aufgrund genetischer Defekte etc. durchführen könne.

Die beabsichtigte Hauptamtlichkeit der KZBV- und KBV-Vorstände begründete sie einerseits mit dem Verhalten der KBV und dem abrupten Ende der Amtsperiode des ehemaligen KZBV-Vorsitzenden Löffler. Den Einwand, auch hauptamtliche Vorstände könnten zurücktreten, ließ die Gesundheitsexpertin der SPD genauso wenig gelten wie die Bemerkung, dies sei nun mal der Preis der Demokratie. Um es auf den Punkt zu bringen, es sieht so aus, als ob unbequeme Standesführungen zumindest auf Bundesebene der Vergangenheit angehören sollen, wenn man sozialdemokratischer Gedankenrichtung folgen mag. Im übrigen gab sie zu erkennen, daß es insbesondere bei den Festzuschüssen eines langen Weges in der Politik bedurft hätte und man nicht alle Vorschläge und Interessen der unterschiedlichen mit der Politik verbundenen Organisationen beiseite wischen könne. Frau Schaich-Walch bat hierbei nicht nur um unser Verständnis, sondern durchaus im Hinblick auf den Vermittlungsausschuß im Bundesrat um Unterstützung. Letztlich, so betonte die Gesundheitsexpertin der SPD, wird es darauf ankommen, inwieweit man sich im Bundesrat verständigen könne und über welche Brücken man zwischen den einzelnen Vorschlägen von Regierung und Opposition gehen könne. Dies läßt zumindest darauf hoffen, daß noch einiges bewegt werden kann.

Verwundert war die gebürtige Frankfurterin über den von uns gewählten Ort,



Gudrun Schaich-Walch Foto: Dr. Harald Krug

stellt doch die Stadt Köln nicht unbedingt den Kern des Einzugsgebietes der Bezirksgruppe Düsseldorf dar. Frau Schaich-Walch bat uns, beim nächsten Mal ein Gespräch in Düsseldorf führen zu können, da sie außer dem Flughafen bisher noch nichts von Düsseldorf gesehen, aber vieles von der Modestadt und ihrer Einkaufsprachtmeile gehört hätte.

Wie groß die Diskrepanz zwischen Information und wirklicher politischer Gestaltung sein kann, erfuhren wir am nächsten Tag in der *Rheinischen Post*. Wurde uns im Gespräch noch mitgeteilt, gewiß würde keine Gewerbesteuer für ärztliche und zahnärztliche Praxen eingeführt werden, so stand dort, daß man sich in Berlin innerhalb der Koalitionsparteien genau darauf verständigt habe.

Resümierend muß man daher festhalten, es scheint im Augenblick alles möglich. Bis die Fakten endgültig auf dem Tisch liegen, haben wir uns vom Bezirksvorstand des FVDZ auf die Fahnen geschrieben, solche Gespräche weiter zu führen, um die zahnmedizinischen Inhalte bzw. Sichtweisen nach vorne zu bringen. Ob das ein Kampf gegen Windmühlenflügel war, werden wir erst im Nachhinein beurteilen können. Dann wird die Zahnärzteschaft auch darüber zu befinden haben, wie sie mit den späteren Gesetzen umzugehen gedenkt.

Dr. Ralf Hausweiler

**Umbau – Ausbau
und Renovierung**

Ihrer Praxis.
Alles in einer Hand,
langjährige Erfahrung,
garantiert höchste Qualität.

**Malerbetrieb/Innenausbau
H.-J. Burczyk**
Wittener Straße 109 a
42279 Wuppertal
Telefon (02 02) 66 45 08

SARS durch Zahnersatz aus China?

Der gierige Wolf und sein Revier

Nach Ansicht des **Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI)** kann Zahnersatz nicht vollständig aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgegliedert werden. Die systematischen Brüche seien zu groß. Zudem müsse man mit einem höheren Verwaltungsaufwand rechnen. Da ist es nach Meinung der Zahntechniker schon besser, wenn die allgemeinen konservierenden Leistungen einschließlich Füllungstherapie „im Rahmen der eigenverantwortlichen Zahnvorsorge direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden“.

Für die Planungssicherheit der Krankenkassen und zur Preissicherheit der Patienten könne es bei den derzeitigen kollektivvertraglichen Rahmenvereinbarungen zur Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und Abrechnungstransparenz bleiben. Danke schön; diese dissonanten Töne im vielstimmigen Chor der GKV-Gefangenen kann jeder irgendwie ertragen, auch wenn es weh tut. Weiß

man doch, wer da permanent so daneben singt.

Schlimm und unerträglich wird es allerdings, wenn der Präsident der Zahntechniker-Innung **Lutz Wolf** selber den Taktstock – oder sollte man besser sagen den Knüppel – schwingt. Dann bleibt tatsächlich im Umkreis des Orchesters kein Klangkörper mehr verschont. Selbst die stabile Tuba bekommt bei so viel Blech einige Beulen ab.

Eigentlich müsste der ehemalige Tischtennis-crack Lutz Wolf doch Sympathien für die Ping-Pong Nation China haben. Doch für das Motto „Nur Zahntechnik aus deutschen Landen“ mimt der Zahntechnikerboss skrupellos den reißenden Wolf. Nomen est Omen: Da gibt es kein Fair-Play, schon krabbeln die tückischen Corona-Viren auf chinesischen Kronen und Prothesen direkt in den Mund der ahnungslosen deutschen Patienten. Igitt, igitt – allein der Gedanke macht



Lutz Wolf

Foto: VDZI

schon krank. Erst recht bei der Vorstellung, daß die unsichtbaren und mysteriösen Erreger auf dentalem Wege bis zur Lunge gelangen.

Nun haben Märchen meist ein gutes Ende und Lügen bekanntlich kurze Beine. Der gierige Wolf stürzt in den tiefen Brunnen. Und was geschieht im richtigen Leben? Da steht der Wolf im Schafspelz bei vielen hoch im Kurs. Wenn es um Geschäfte geht, muß man eben zur Verteidigung des eigenen Reviers mit den Wölfen heulen. Das ist unter Wölfen so üblich.

Dr. Kurt J. Gerritz

SARS Wie gefährlich ist China-Zahnersatz?

Zahnärzte empört über Panikmache der Zahntechniker-Innung

Schock für deutsche Zahnersatz-Patienten. Lutz Wolf, Präsident der Zahntechniker-Innung, warnte gestern öffentlich vor Gebissen und Kronen aus China: „Damit ist theoretisch eine Ansteckung mit dem SARS-Virus möglich.“ Diese Äußerung empörte deutsche Zahnärzte. Dr. Kurt J. Gerritz, Pressesprecher und Vorstandsmitglied des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte in Berlin, im tz-Interview: „Hier geht es doch weniger um die Gefahren für



Dr. Kurt J. Gerritz

die Patienten als um die Existenzgefährdung des Zahntechniker-Handwerkes!“ Eine SARS-Ansteckung über importierten Zahnersatz aus China hält der Mediziner „praktisch für unmöglich“.

■ Was halten Sie von den Aussagen von Herrn Wolf?

Dr. Gerritz: Herr Wolf hat schon einmal behauptet, daß Zahnersatz aus dem Ausland krebserregend sei. Es ist also keine Seltenheit, daß er auf einer Hysteriewelle reitet. Er möge doch bitte seine wissenschaftlichen

Quellen offen legen, die ihn zu einer solchen Äußerung veranlassen. Dieselbe Infektionsgefahr müßte man doch fairerweise auch deutschen Zahntechnikern unterstellen. Auch bei uns gibt es noch ansteckende Krankheiten, Tuberkulose etwa.

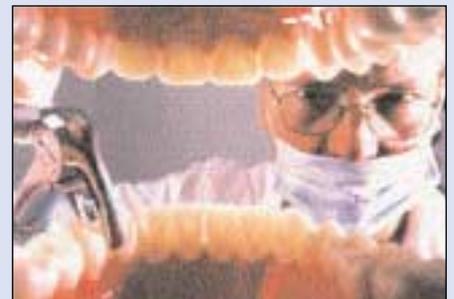
■ Wie hoch ist dann das SARS-Risiko für deutsche Patienten?

Dr. Gerritz: Minimal. Jeder Zahnersatz, der in einer Praxis eingesetzt wird, wird vorher desinfiziert. Wir Zahnärzte unterliegen einer strengen Hygieneverordnung. Bei uns muß jedes Werkstück desinfiziert werden. Jedes Implantat wird einem Patienten nur in völlig hygienischem Zustand eingesetzt.

■ Wer wäre denn durch den möglicherweise infektiösen Zahnersatz gefährdet?

Dr. Gerritz: Sollte der chinesische Zahntechniker überhaupt an SARS erkrankt gewesen sein, dann wäre höchstens das Personal in der Zahnarztpraxis gefährdet, das den Zahnersatz auspackt. Nicht der Patient.

■ Wieviel Zahntechnik aus China wird bei deutschen Patienten verwendet?



Lauert die SARS-Gefahr jetzt schon in deutschen Zahnarztpraxen?

Foto: ddp

Dr. Gerritz: Zahntechnik aus dem Ausland oder speziell aus China ist in deutschen Munden verschwindend gering. Der Anteil liegt meinen Erfahrungen nach insgesamt im Promillebereich.

Auch die Seuchen-Experten vom Robert-Koch-Institut in Berlin halten die von Lutz Wolf geschürten Ängste für unangebracht. Instituts-Sprecherin Susanne Glasmacher: „Die Ansteckung auf dem Weg über importierte Güter ist extrem unwahrscheinlich.“ Im allgemeinen sei die Transportzeit ausreichend, um die Viren abzutöten.

Lutz Wolf hatte in einem Interview mit der „Osnabrücker Zeitung“ gesagt, daß in deutschen Zahnarztpraxen Patienten „die Lungenseuche über Zahnersatz aus SARS-gefährdeten Staaten sozusagen direkt implantiert werden könne.“

TZ, 9. 5. 2003

Netzwerk Gesunder Niederrhein

Schlaganfallkampagne

Zum Netzwerk Gesunder Niederrhein haben sich zusammengeschlossen die Kreise Wesel, Viersen, die Städte Krefeld, Düsseldorf, Mönchengladbach, der Rhein Kreis Neuss sowie als Kooperationspartner der Kreis Düren. Zur Bekämpfung des Schlaganfalls und seiner Folgen wurde eine Kampagne ins Leben gerufen, an deren Auftaktveranstaltung im Düsseldorfer Rathaus der Bezirksstellenvorstand Düsseldorf – vertreten durch Dr. Dr. H. Snel und Dr. R. Hausweiler – und als Vertreter der KZV-Verwaltungsstelle Düsseldorf Dr. H. Krug teilnahmen.

Warum ist eine solche Initiative wichtig? Ein Schlaganfall ist immer ein Notfall, bei dem rechtzeitige Erkennung und Hilfe entscheidend sind für den Ausgang der Erkrankung, denn mit jeder verstrichenen Minute nimmt das Gehirn weiteren Schaden. Rechtzeitige Erkennung ist deshalb von größter Wichtigkeit, denn von der Volkskrankheit Schlaganfall sind in Deutschland jedes Jahr rund eine Viertel Million Menschen betroffen. Nur ein Drittel davon überlebt den Schlaganfall ohne nennenswerte Folgen, ein Drittel überlebt das Ereignis nicht, und ein weiteres Drittel überlebt mit schweren Behinderungen.

Auch wir Zahnärzte werden deshalb in dieser Kampagne mitwirken, um ein breites Bewußtsein für die Problematik zu erzeugen, über die Warnsignale aufzuklären und richtiges Handeln im Fall



Bezirksstellenvorsitzender Dr. Dr. H. H. Snel (r.) und Stellvertreter Dr. R. Hausweiler bei der Auftaktveranstaltung zur Schlaganfallkampagne im Netzwerk Gesunder Niederrhein im Düsseldorfer Rathaus. Foto: Dr. H. Krug

des (Schlagan-)Falles zu fördern. Rechnen Sie damit, daß die zuständigen Körperschaften Kammer und KZV mit den anstehenden Postsendungen auch Informationsmaterial zu der über mehrere Jahre angelegten Aktion beilegen werden, und unterstützen Sie die Aufklärung der Bevölkerung.

Ein Schlaganfall tritt zwar am häufigsten im Alter auf, kann aber jeden treffen!

Dr. R. Hausweiler

Praxisabgabe-/Praxisübernahmeseminar

Seminar für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte, Praxisinhaber

- Termin:** Freitag, 3. Oktober 2003
Samstag, 4. Oktober 2003
jeweils 9.00 bis 18.00 Uhr
- Veranstaltungsort:** Novotel Düsseldorf
City-West
Niederlassener Lohweg 179
40547 Düsseldorf
- Kurs-Nr.:** 03393
- Teilnehmergebühr:** EUR 190,00
- Anmeldung und Auskunft:** nur bei der Zahnärztekammer Nordrhein
Frau Lehnert
Postfach 10 55 15
40046 Düsseldorf
Tel. (02 11) 5 26 05 39
lehnert@zaek-nr.de
- 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. Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
 7. Praxiswertermittlung
- Seminarleitung:** Dr. Hans Werner Timmers

Die Seminargebühr beinhaltet neben der Teilnahme den Verzehr (zwei Mittagessen inkl. einem Getränk nach Wahl, Pausenkaffee, Konferenzgetränke) sowie die Seminarunterlagen. Die Reservierung gilt als verbindlich, wenn die Kursgebühr per Verrechnungsscheck oder 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.

Eine Rückerstattung der Teilnehmergebühr ist bei Absage bis drei Tage vor Beginn der Veranstaltung in voller Höhe möglich. Bei später eingehenden Absagen muß die Zahnärztekammer Nordrhein leider einen Kostanteil von EUR 50 einbehalten, da gegenüber dem Vertragshotel eine Bankett-Pauschale zu leisten ist. Der Kursplatz ist übertragbar. Teilnehmer, die nicht dem Kammerbereich Nordrhein angehören, werden gebeten, bei Kursbeginn ihren Kammerausweis vorzulegen.

FVDZ: Bezirksversammlung

Neuwahl in Duisburg

Am 22. Mai 2003 fand in Duisburg die Bezirksversammlung der Bezirksgruppe Duisburg (rechter Niederrhein) im **Freien Verband Deutscher Zahnärzte** statt. Das Referat des Abends hielt Dr. Wolfgang Eßer mit dem Thema: *BEMA-Umstrukturierung, was erwartet uns?*

Nach ausführlicher Diskussion faßte die Bezirksversammlung, welche mit 59 Teilnehmern gut besucht war, drei Beschlüsse.

Alle drei Anträge wurden verlesen und einstimmig angenommen.

Bei den obligatorischen Wahlen, welche im Freien Verband alle zwei Jahre stattfinden, wurde folgender Bezirksvorstand gewählt:

Dr. Kurt J. Gerritz, Vorsitzender
ZA Udo von den Hoff, Stellvertreter
Dr. Dr. Detlef Seuffert
Dr. Brigitte Janssen-Storm
Dr. Peter Maas
Dr. Jürgen Appelt



Dr. Wolfgang Eßer und ZA Udo von den Hoff, Stellvertretender Vorsitzender (v. r.).

Dr. Carlo Cursiefen
ZA Michael Wupper
Dr. Frank Wiskandt
Dr. Dietmar Viertel
Dr. Erling Burk
Dr. Ullrich Wingenfeld
Dr. Jürgen Köther
Dr. Rolf Blaich
Dr. Herbert Hülsken
Dr. Edgar Wienfort

Bezirksvorsitzender Dr. Kurt J. Gerritz legte der Versammlung nach seiner Wahl ein **7-Punkte-Programm für die Legislaturperiode 2003–2005** vor:

- 1.) Politische Sach- und Lobbyarbeit auf regionaler Bezirksebene mit Ausstrahlung nach oben.
- 2.) Offensive Vertretung der zahnärztlichen Interessen in der Praxis und Betonung der Fortbildung.
- 3.) Adäquate Informations- und Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen und Förderung des Ansehens der Zahnärzteschaft.
- 4.) Mitgliederbetreuung und -gewinnung an der Basis und in den Stammtischen der Bezirksgruppe Duisburg unter kollegialen Aspekten.
- 5.) Unterstützung des Landes- und Bundesverbandes bei der Erfüllung wichtiger politischer Aufgaben.
- 6.) Nachhaltige Kooperation mit den regionalen Initiativen im Bereich der Bezirksgruppe zur Sozialisierung der Kollegenschaft für den Tag X.
- 7.) Konstruktive Zusammenarbeit mit den beiden zahnärztlichen Körperschaften Bezirks- und Verwaltungsstelle Duisburg.

Dr. Kurt J. Gerritz



Dr. Kurt J. Gerritz, Vorsitzender

Fotos: R. Gerritz

Anträge zur Bezirksversammlung:

Antrag 1

Die Bezirksgruppe Duisburg im FVDZ lehnt das geplante Gesundheits-Struktur-Modernisierungs-Gesetz in seiner derzeitigen Fassung ab, und fordert die Politik auf, statt dirigistischer Überwachungsmaßnahmen marktwirtschaftlich sich selbst regulierende Strukturen zu etablieren.

Begründung: Die zur Zeit angedachten Maßnahmen führen zu einer Staatsmedizin nach englischem Vorbild, die leistungs- und patientenfeindlich ist. Die geplante Überreglementierung verhindert eine freie Berufsausübung, da der größte Teil der (Zahn-)Mediziner einseitig von Krankenkassen und politischen Vorgaben abhängig gemacht werden.

Antrag 2

Die Bezirksgruppe Duisburg im FVDZ unterstützt die Vorschläge zur Ausgliederung zahnärztlicher Behandlungen aus dem GKV-Leistungskatalog, wenn sichergestellt ist, daß die eingesparten Beiträge den Versicherten für eine private Absicherung der Risiken im Sinne einer Pflicht zur Versicherung zugute kommen.

Begründung: Die zur Zeit bestehenden Versicherungsstrukturen in der GKV mit leistungsfeindlicher Budgetierung verhindern eine moderne und präventionsorientierte Zahnmedizin. Eine qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung läßt sich aber nur gewährleisten, wenn die Leistungen adäquat honoriert werden. Die Patienten müssen deshalb in die Lage versetzt

werden, sich entsprechend zu versichern.

Antrag 3

Die Bezirksgruppe Duisburg im FVDZ lehnt die Ausdehnung der Gewerbesteuer auf die Freien Berufe ab. Ein Arzt oder Zahnarzt übt einen Freien Beruf aus und kein Gewerbe.

Begründung: Kommunen und Landkreise sind finanziell am Ende,

- 1.) weil der Bundesgesetzgeber den Kommunen immer mehr neue Aufgaben aufbürdet, ohne ihnen neue Mittel zur Verfügung zu stellen,
- 2.) weil die Bundesregierung eine Unternehmenssteuerreform auf den Weg gebracht hat, die sie in ihren Auswirkungen nicht richtig eingeschätzt hat,
- 3.) weil der Bund die Gewerbesteuermulde, also den Anteil an der Gewerbesteuer, den die Gemeinden an die Länder abführen müssen, angehoben hat.

Nun sollen die Freien Berufe die Sache wieder richten. Wer die Axt aus kurzfristigen fiskalpolitischen Gründen und zur Deckung eigener steuerrechtlicher Unzulänglichkeiten an die Wurzeln der Freien Berufe legt, verändert unsere Gesellschaft massiv. Freie Berufe sind durch ihre Berufsordnung an ethische Grundsätze, Werbeverbote, Gebührenordnungen, Hilfspflichten bei der Berufsausübung gebunden. Auf europäischer Ebene gibt es die Gewerbesteuer nur in Luxemburg. Sie gilt in der EU als bedeutender Standortnachteil und ist somit nicht europakompatibel.

FVDZ

Spargelsymposium in Straelen

Von einer Tradition spricht man im Rheinland, wenn eine Veranstaltung zum zweiten Mal in Folge stattfindet. So gesehen blickt das „Spargelsymposium in Straelen“ im Kreis Kleve schon auf eine sehr lange Tradition zurück: Nach mehrjähriger Pause lud die Bezirksgruppe Krefeld im Freien Verband Nordrhein alle berufspolitisch interessierten Kollegen am Sonntag, dem 25. Mai, nunmehr schon zum vierten Male in den „Straelener Hof“.

„Ausblick auf den BEMA 2004 nach den Entscheidungen der Bundesausschüsse“ war das Thema des Referenten Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV Nordrhein und Vorstandsmitglied der KZBV. Als Mitglied des „Erweiterten Bewertungsausschusses an der Erstellung neuer Richtlinien für die zahnmedizinische Versorgung“ ist Eßer mitverantwortlich für die Ausgestaltung des neuen BEMA 2004. „Eine undankbare Aufgabe“, so Eßer, „denn jeder der Beteiligten weiß, daß es hier für die Zahnärzte keinen Blumentopf zu gewinnen gibt“. Genau aus diesem Grund legte einige Monate vorher der ehemalige Vorsit-



Dr. Wolfgang Eßer

Foto: KZV NR

zende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Rolf-Jürgen Löffler, alle seine Ämter auf bundespolitischer Ebene nieder und trat zurück. Doch kneifen gilt für Eßer nicht: „Dieser Ausschuß ohne zahnärztlichen Sachverstand bedeutet zwangsläufig die Katastrophe.“ Bei der Terminierung des Symposiums sollten die Ergebnisse am Vortragstag schon beschlossen und verkündet sein. Doch kurzfristig wurden die Abschlüsse auf den 4. 6. 2003 verschoben. Deshalb stand Eßer, wie alle Mitglieder des Ausschusses, noch unter Schweigepflicht. Er tat dann einen bemerkenswerten Spagat zwischen Weglassen von noch nicht beschlossenen Fakten und berufspolitischer Information der Anwesenden, so daß jeder eine Ah-



Straelener Spargel zur besten Erntezeit

nung des Bevorstehenden bekam. Einig war Eßer mit dem Auditorium in seinem Resümee:

- 1) Eine politische Forderung nach Leistungsverbesserungen und -ausweitung innerhalb eines budgetierten Systems ist absurd und unerfüllbar.
- 2) Eine Umbewertung unter den bisherigen Leistungsarten erfordert zwangsläufig eine Durchlässigkeit der bestehenden sektoralen Budgets auf Landesebene.
- 3) Es gilt, daß die geplante Umrelationierung lediglich eine Neubewertung des ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen ist, somit keine Neubeschreibung der heutigen Zahnheilkunde sein kann und Rückschlüsse auf eine etwaige Neufassung der GOZ unmöglich sind.

Leider fanden diesmal nur gut 20 Gäste den Weg nach Straelen. Die Organisatorin aus dem Krefelder Bezirksvorstand, Dr. Ursula Stegemann, wünscht sich für das nächste Jahr eine bessere Beteiligung, besonders auch der jungen Kolleginnen und Kollegen. „Denn“, so Stegemann, „die kompakten Informationen zur aktuellen Berufspolitik, wie sie im Straelener Spargelsymposium geboten werden, sind immer eine Hilfe für die Positionierung der eigenen Praxis für die nächsten Jahre.“ *Dr. Jürgen Zitzen*



Dr. Ursula Stegemann



Berufspolitik kann auch gut schmecken ...

Fotos: Zitzen

FVDZ: Kölner Bezirksgruppenversammlung

Aufbruch in Köln

Am Mittwoch, dem 4. 6. 2003, tagte im Kölner Hotel „Sofitel“ bei hochsommerlichen Temperaturen die diesjährige Bezirksgruppenversammlung des FVDZ. Die zahlreich erschienenen Mitglieder des Freien Verbandes wurden durch die junge Vorsitzende der Bezirksgruppe Köln, Dr. Susanne Schorr, begrüßt, die sich besonders über die demonstrative Geschlossenheit der Kollegenschaft in solch kritischen Zeiten gesundheitspolitischer Umwälzungen freute.

In ihrem Bericht als Bezirksgruppenvorsitzende beschrieb sie die Zusammensetzung, Funktionen und Aufgaben der Kölner Bezirksgruppe und betonte das wirkungsvolle Ineinandergreifen der vorhandenen Gremien auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene. Frau Dr. Schorr rief die anwesenden Mitglieder der Versammlung zur Mitarbeit und Diskussion auf, insbesondere vor dem Hintergrund der von ihr angestrebten Verbesserung der Kommunikation zwischen Vorstand und Kollegenschaft vor Ort.

Mit dieser Zielsetzung der Intensivierung der Basisarbeit legte Frau Dr. Schorr die von ihr entworfene Programmatik dar, welche der Kölner Bezirksvorstand als Arbeitskonzept der kommenden zwei Jahre übernommen hat. Exemplarisch stellte sie die aufgrund der Mitgliederstärke und der flächenmäßigen Größe der Bezirksgruppe sinnvolle Unterteilung in kleinere Kreisgruppen mit jeweiligen



Wiedergewählt: Dr. Susanne Schnorr als Bezirksgruppenvorsitzende und ZA Martin Hendges als stellvertretender Vorsitzender.

Betreuern aus den Reihen des Bezirksvorstandes vor. Weitere Projekte der engagierten Vorsitzenden sind regelmäßige Informationsschreiben an alle Mitglieder des Bezirkes, die Neuauflage des äußerst positiv aufgenommenen Zahnärzte-Vademecums und die Inten-



Konzentriert folgten die Teilnehmer den Ausführungen Dr. Peter Engels (kleines Foto) um die Pflicht zur Fortbildung.

Fotos: ZA Friedrich-Wilhelm Stein

sivierung der Hochschularbeit mit den ansässigen Universitäten Bonn und Köln.

Hier soll auch die Neuerung studentischer Mitglieder als unverzichtbare Notwendigkeit für die Verjüngung der Mitgliederstruktur forciert werden. Niederlassungswillige und neuniedergelassene Kollegen sowie zahnärztliche Assistenten sollen zudem über geeignete Info-Abende hilfreich unterstützt werden. Dr. Schorr schloß ihren Bericht mit einem persönlichen Rückblick auf die Aufgaben des vergangenen Jahres, die ihr viel Freude bereitet haben und dankte allen Kollegen des Vorstandes für ihre erfolgreiche Arbeit.

Anschließend standen zwei Kurzreferate aus den Bereichen KZV und ZÄK auf der Tagesordnung. ZA Martin Hendges, Mitglied der Vorstandes der KZV Nordrhein, referierte über den aktuellen Stand der Bema-Neurelationierung sowie die Auswirkungen des „Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetzes“.

Dr. Peter Engel, Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein, erläuterte die Diskussion um die Pflicht zur Fortbildung und die Handhabung der Fortbildungsregelungen im europäischen Ausland. Beide Referenten stellten sich im Anschluß an ihre Vorträge den Fragen des Auditoriums, und die daraus entstandene Diskussion bewies das hohe Interesse an den für den Praxisalltag hochrelevanten Themen.

Im Rahmen der anstehenden Neuwahlen wurde Dr. Susanne Schorr mit großer Mehrheit in ihrem Amt als Bezirksgruppenvorsitzende bestätigt. Zum stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksgruppe wurde erneut ZA Martin Hendges gewählt. Der Bezirksvorstand Köln wurde ebenfalls für eine weitere Legislaturperiode in alter Zusammensetzung im Amt bestätigt.

ZA Stefan Nikolaus Recht

Wettbewerb 2003/2004 für Autoren wissenschaftlicher Arbeiten

Die Konrad-Morgenroth-Förderergesellschaft e.V. (KMFG) vergibt für den Zeitraum 2003/2004 die von ihr gestifteten beiden Preise in Höhe von jeweils 3 500 Euro. Diese werden verliehen für bisher noch nicht publizierte Arbeiten auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, Vorbeugung und Behandlung bösartiger Geschwulste im Mundhöhlen- und Kieferbereich sowie auf jenem der zahnärztlichen Behandlung spastisch Gelähmter und/ oder geistig Behinderter, auch im Hinblick auf anästhesiologische Belange.

Teilnahmeberechtigt ist jeder in Deutschland tätige Zahnarzt, Arzt oder Naturwissenschaftler. Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung bis zum

31. Dezember 2004

bei der Geschäftsstelle der KMFG (Auf der Horst 29, 38147 Münster) einzureichen. Sie sind mit einem Kennwort zu versehen und dürfen den Verfasser nicht erkennen lassen. Die Anschrift des Autors ist in einem gesonderten, mit dem Kennwort bezeichneten und verschlossenen Umschlag beizulegen.

Die Arbeiten werden vom Wissenschaftsbeirat der KMFG beurteilt. Der Rechtsweg ausgeschlossen.

Dr. K. Münstermann, Vorsitzender der KMFG

INFODENTAL: Düsseldorf am 11. Oktober 2003

„Carpe Diem!“ 480 Min. Programm

Am Samstag, 11. Oktober 2003, lädt der Dentalfachhandel die Fachbesucher ein in die Hallen 1 und 2 der Messe Düsseldorf, um die Neuheiten der diesjährigen IDS und sein bewährtes Leistungsspektrum live zu erleben. Das Infoprogramm ist konzentriert auf nur einen Veranstaltungstag von 9.00 bis 17.00 Uhr und zugleich erstmals in die Mitte des Oktobers gerückt. Wie stelle ich als Zahnarzt oder -techniker in dieser schnellebigen

Zeit zuverlässiges und qualitatives Arbeiten auf aktuellstem dentalmedizinischen Standard sicher? Welche der unzähligen Produktinnovationen bietet meinem Patienten optimale Versorgung und ist gleichzeitig wirtschaftlich sinnvoll? Die INFODENTAL Düsseldorf 2003 gibt Antworten. Fast 200 namhafte Hersteller aus dem In- und Ausland präsentieren Neues und Unverzichtbares aus allen dentalen Disziplinen.

Lehrbuch, Wegweiser und Nachschlagewerk

Klinische Funktionslehre – Der „Ahlers/Jakstat“

Funktionelle Störungen des kranio-mandibulären Systems, oder besser craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD), sind vielfältig, multikausal und erscheinen besonders Studenten und Neueinsteigern sehr komplex und schwer verständlich. Ein funktionelles Verständnis für diesen Symptomenkomplex erfordert häufig das Durcharbeiten von Lehrbüchern und Sekundärliteratur.

Es existieren verschiedene Analysebögen und -strategien, was für Neueinsteiger sehr verwirrend sein kann. Abhilfe schafft in dieser Hinsicht das Lehrbuch „Klinische Funktionsanalyse – Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen“ von Ahlers und Jakstat. Das Buch ist Lehrbuch, Wegweiser und Nachschlagewerk zugleich. Es ist in übersichtliche und gutgewählte Kapitel gegliedert. Im Vordergrund stehen dabei die umfangreichen Kapitel 3 „Zahnärztliche Klinische Funktionsanalyse“ und 4 „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie bei Verdacht auf CMD“.

Als besonders lobenswert sei erwähnt, daß die ebenfalls im dentaConcept Verlag erschienenen Analysebögen

a) vom selben Autorenteam erstellt wurden und so

b) inhaltlich auf das im Buch beschriebene Untersuchungskonzept abgestimmt sind. Die praktische Anwendung ist im Buch eingehend beschrieben.

Ungereimtheiten, wie sie unter anderen Umständen regelmäßig auftreten, beispielsweise unterschiedliche Bezeichnungen in einem Lehrbuch und einem dazu nicht „passenden“ Erfassungsbogen (z. B. „Attrition“ oder „Abrasion“), führen oft zu Verwirrungen. Dieses Problem wird durch das abgestimmte Konzept von Ahlers/Jakstat elegant umgangen bzw. gelöst.

Unterstützt und funktionell ergänzt wird dieses einheitliche Konzept durch die Kompatibilität mit der von Ahlers/Jakstat entwickelten Praxissoftware CMDcheck und CMDfact. Nicht nur inhaltlich, sondern allein durch die graphische Gestaltung entsteht insgesamt eine wohl ausgewogene Einheit, welche dem Anwender jederzeit das Gefühl gibt, sich innerhalb eines sicher evaluierten und durchdachten Systems zu befinden. Diese Sicherheit kommt letzten Endes dem Patienten zugute.

Die oben erwähnte Vergleichbarkeit der Ergebnisse, z. B. die Beobachtung des

Highlight des Rahmenprogramms ist die Sonderschau „living 2003 – Lebensraum Praxis & Labor“. Diese umfassende Erlebniswelt zum Thema Praxisambiente bündelt auf 350 m² Referenzobjekte aus allen Sortimentsbereichen der Praxis- und Labormöblierung. Der Fachbesucher lustwandelt auf einem Parcours durch eine von den führenden Möbelherstellern ausgestattete Optimalpraxis und erfährt das ästhetisch und funktionell Machbare. Abgerundet wird die Mobiliar-Präsentation durch die angepaßte und funktionale Einbettung der Randsortimente (z. B. Beleuchtung, Fußboden-Lösungen, ergonomische Stühle, Dekoration, Kunstobjekte, etc.).

Detailinformationen erhalten Sie unter: www.infodental-duesseldorf.de oder Tel. 02 21 / 93 18 13-60.

Krankheits-/Therapieverlaufes, gilt ebenso für wissenschaftliches Arbeiten.

Fazit

Zahlreiche Studentengenerationen wurden von Namen wie „Der große Löffler“ oder „Der Rohen“ geprägt. Für die Zahnmedizinische Funktionslehre fehlt ein solcher Meilenstein bisher. Das Buch „Klinische Funktionsanalyse“ von Ahlers/Jakstat eignet sich sehr, diese Rolle in Zukunft zu übernehmen. Es ist als Einstieg in den komplexen Bereich der kranio-mandibulären Dysfunktionen, als Praxisleitfaden und als Nachschlagewerk gleichermaßen geeignet. Ein „Mehr“ an Funktionslehre in Ausbildung und Studium kann es aber nicht übernehmen. Oft scheitern solche Kursvorhaben aber lediglich daran, daß kein geeignetes Lehrbuch vorhanden ist. Insofern kann „Der Ahlers/Jakstat“ die richtungweisende Rolle übernehmen.

*Stefan Dietrich
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen
und Imperial College London*

**M. Oliver Ahlers,
Holger A. Jakstat (Hrsg.):
Klinische Funktionsanalyse –
Interdisziplinäres Vorgehen
mit optimierten Befundbögen**

2. Auflage

dentaConcept Hamburg

128 €, ISBN 3-933 465-02-8

Eurogress Aachen

16. bis 18. 10. 2003

127. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-
Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK)

Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie

Akademie Praxis und Wissenschaft (APW)

Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein
Oralchirurgisches Symposium 2003

Aus dem Programm:

Eröffnung der 127. Jahrestagung der DGZMK:

Donnerstag, 16. 10. 2003, 18.00 Uhr

Grußworte: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Präsident der DGZMK Prof. Dr. Heiner Weber, Oberbürgermeister Dr. Jürgen Linden, vertreten durch Beigeordnete Gisela Nacken, Präsident der BZÄK Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Rektor der RWTH Aachen Prof. Dr. rer. nat. Burkhard Rauhut, Dekan der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Dott, Präsident der ZÄK Nordrhein Dr. Peter Engel.

Festvortrag: Ethik im Spannungsfeld von moderner Medizin und Rechtsprechung (Margot von Renesse, Vorsitzende der Enquete-Kommission), anschließend um 20.00 Uhr: Begrüßungsempfang

Wissenschaftliches Programm Kiefer-Gesichtsschmerz

Freitag, 17. 10. 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr

- Mechanismen der Schmerzchronifizierung (Sandkühler, J., Wien)
- Atypischer Gesichtsschmerz (Diener, H. C., Essen)
- Akuter und chronischer Zahnschmerz (Jackson, D. L., Seattle)
- Kopf- und Gesichtsschmerzen aus zahnmedizinischer Sicht (Palla, S., Zürich, Meyer, G., Greifswald)
- Psychosomatische Aspekte des chronischen Schmerzes (Egle, U. T., Mainz)
- Antipyretisch-antiphlogistische Analgetika (Geisslinger, G., Frankfurt)
- Anästhesiologische Schmerztherapie (Bräu, M., Gießen)
- Kurzvorträge freie Themen, Posterpräsentation (nachmittags)

Samstag, 18. 10. 2003, 9.00 bis 18.00 Uhr

Kurzvorträge (zum Hauptthema vormittags,
freie Themen nachmittags)

Posterpräsentation (vormittags)

Live-OP: Implantologische Kasuistik

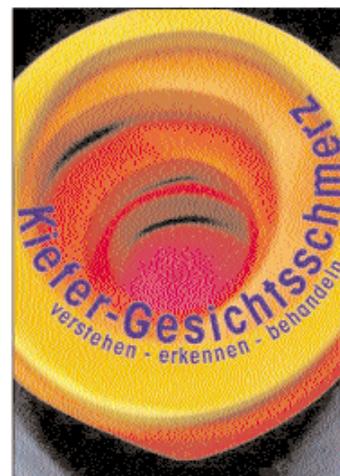
(Beginn: 16.00 Uhr, Moderation: Spiekermann, Aachen)

Oralchirurgisches Symposium 2003 des Karl-Häupl-Instituts

Kurs Nr. 03199, Einzel-Teilnehmergebühr: Euro 150,00

Freitag, 17. 10. 2003, 14.00 bis 17.45 Uhr

- Einführung in die präoperative radiografische Planung in der klinischen Praxis (Jacobs, R., Leuven)
- Re- und Transplantation von Zähnen nach Unfallverletzungen (Pohl, Y. R., Bonn)



Samstag, 18. 10. 2003,

9.15 bis 15.00 Uhr

- Die chirurgische Zahnerhaltung (Jacobs, H. G., Göttingen)
- Die Therapie odontogener Infektionen (Niederhagen, B., Bonn)
- Aktueller Stand der Zahntransplantation und Kallusdistraction im Rahmen der chirurgischen Zahnerhaltung (Jänicke, S., Aachen)
- Aktueller Stand der Therapiemöglichkeiten periimplantärer Infektionen (Schwarz, F., Düsseldorf)
- Zahnerhaltung bei Tumorpatienten – oder doch besser Implantate? (Weischer, T., Essen)
- Gegenwärtiger Stand der Therapie odontogener und rhinogener NNH-Erkrankung. Stellenwert der Sinusitis für die zahnärztliche Praxis (Schön, R., Freiburg)

Weiteres Programm

Assistenten-Vorkongress

Donnerstag, 16. 10. 2003, 13.00 bis 17.30 Uhr

APW-Praxisseminare:

Freitag, 17. 10. 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr

Samstag, 18. 10. 2003, 9.00 bis 15.30 Uhr

Arbeitskreis Didaktik und Wissensvermittlung:

Freitag, 17. 10. 2003, 9.00 bis 13.00 Uhr

Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie:

Samstag, 18. 10. 2003, 9.00 bis 12.00 Uhr

Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde:

Samstag, 18. 10. 2003, 11.00 bis 13.00 Uhr

Rahmenprogramm:

Freitag, 17. 10. 2003:

Eifel und Hohes Venn, Gesellschaftsabend

Samstag, 18. 10. 2003:

Dreiländerfahrt, Ludwig Kunstforum

Veranstalter: DGZMK/Zahnärztekammer Nordrhein

Tagungsort: Eurogress Aachen

Ausführliches Programm mit Anmeldeformular

anfordern bei: DGZMK, Lindemannstr. 96

40237 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 6 10 19 80

Fax 02 11 / 68 01 98 11

Für Organisation, Industrieausstellung und bei

Rückfragen: ABC Congress Service,

Tel. 0 89 / 23 11 50 15

Schauerstr. 15,

80638 München

E-Mail: ABC-Congr-Service@t-online.de

Beilage im RZB 9

September 2003:

Ausführliches Programm mit Anmeldeformular!

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

03040 T (B)

Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe

Andrea Busch, ZMF, Köln-Riehl
Freitag, 5. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 6. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 150,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03177 T (B)

Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen

Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt
Mittwoch, 10. September 2003, 14.00 bis 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und
EUR 100,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03154 P (B)

Implantologie für Einsteiger

Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheimer, Düsseldorf
Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf
Mittwoch, 17. September 2003, 14.00 bis 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 250,00

03030 T (B)

Version 2001:

Schulung des Zahnarztes oder einer Mitarbeiterin zum praxisgerechten Umgang mit gesetzlichen Vorschriften aus der Neuauflage des Handbuchs für die Zahnarztpraxis

Dr. Johannes Szafraniak, Viersen
Dr. Klaus Sälzer, Wuppertal
Mittwoch, 17. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 55,00 und
EUR 30,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03182 (B)

Die präventiv orientierte Praxis – Das Konzept

Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich
Freitag, 19. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 20. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 450,00

03183 T (B)

Prävention – Die Prophylaxehelferin im Mittelpunkt des Konzeptes

Dr. Elfi Laurisch, Korschenbroich
Freitag, 19. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 20. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 400,00 und
EUR 200,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03184 T (B)

Workshop zur Patienteninstruktion

Martina Löhnes, ZFA, Mönchengladbach
Freitag, 19. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 20. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und
EUR 75,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03193 T (B)

Ein revolutionärer neuer Ansatz beim subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung

Dr. Michael Maak, Lembruch
Mittwoch, 24. September 2003, 14.00 bis 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 220,00 und
EUR 160,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03055 P (B)

Erfolg mit zahnfarbenen Seitenzahnversorgungen

Prof. Dr. Jean-Francois Roulet, Berlin
Dr. Götz M. Lösche, Berlin
Freitag, 26. September 2003, 14.00 bis 20.00 Uhr
Samstag, 27. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 750,00

03038 (B)

Unternehmer/In sein in schwierigen Zeiten – Der Zahnarzt im Spannungsfeld zwischen Risiken und Chancen – Unternehmer Power II

Dr. Gabriele Brieden, Hilden
Matthias Orschel-Brieden, Hilden
Samstag, 27. September 2003, 9.00 bis 17.00 Uhr
Sonntag, 28. September 2003, 9.00 bis 13.00 Uhr
Teilnehmergebühr: EUR 300,00
Vertragswesen im Karl-Häupl-Institut

Vertragswesen im Karl-Häupl-Institut

03314

Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der ab 1. Januar 1989 geltenden neuen Bestimmungen des SGBV in der durch die aktuelle Gesetzeslage angepaßten Fassung Seminar für Zahnärzte

Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
ZA Ralf Wagner, Langerwehe
Mittwoch, 24. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

03315

Gutachterverfahren und Vermeidung von Gutachten

Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
ZA Klaus Peter Haustein, Duisburg
ZA Andreas-Eberhard Kruschwitz, Bonn
Mittwoch, 24. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung der Universitäten

■ Düsseldorf

03353

Prothetischer Arbeitskreis

Professor Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf, und Mitarbeiter
Jeden 2. Mittwoch im Monat, 15.00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)
Teilnehmergebühr pro Quartal: EUR 55,00

03357

Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal

Professor Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheimer, Düsseldorf
Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf
Mittwoch, 15. Oktober 2003, 15.00 bis 19.00 Uhr (Kurs-Nr.: 03357)
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)
Teilnehmergebühr: EUR 160,00 für den Zahnarzt und
EUR 25,00 für die begl. Praxismitarbeiterinnen (ZFA)

ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

■ Köln

03364

Prothetischer Arbeitskreis mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik

Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln, und Mitarbeiter
Veranstaltungsort: Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln
Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)
Teilnehmergebühr: EUR 30,00 für ein Seminar und
EUR 55,00 für jede Visitation

Die Termine für Seminare und Visitationen werden Interessierten unter
der Telefonnummer 02 21 / 4 78 63 37 mitgeteilt.

03365

Kieferchirurgischer Arbeitskreis

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller, Köln
Professor Dr. med. Dr. med. dent. Alexander Kübler, Köln
und Mitarbeiter
Mittwoch, 22. Oktober 2003, 8.30 bis 13.00 Uhr
Mittwoch, 26. November 2003, 8.30 bis 13.00 Uhr
Mittwoch, 10. Dezember 2003, 8.30 bis 13.00 Uhr
Mittwoch, 21. Januar 2004, 8.30 bis 13.00 Uhr
Mittwoch, 11. Februar 2004, 8.30 bis 13.00 Uhr
Mittwoch, 10. März 2004, 8.30 bis 13.00 Uhr
Veranstaltungsort: Operationsräume der Klinik für Zahnärztliche
Chirurgie und für Mund-, Kiefer- und Plastische Ge-
sichtschirurgie,
Ebene 01 und Ebene 14 des Bettenhauses der
Universitätskliniken Kerpener Straße 62
und in den Behandlungsräumen der Poliklinik
für Zahnärztliche Chirurgie und für Mund-,
Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des
Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Universität zu Köln
Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)

Teilnehmergebühr: EUR 150,00
Anmeldeschluß: 15. September 2003

Fortbildung in den Bezirksstellen

■ Duisburg

03431

Praxisingerechte Augmentationsverfahren in der Implantologie und Parodontologie

Prof. Dr. Michael Augthun, Mülheim
Mittwoch, 8. Oktober 2003, 15:30 Uhr
Veranstaltungsort: Stadthalle Mülheim an der Ruhr, Blauer Saal
Am Schloß Broich, 45479 Mülheim an der Ruhr
gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

■ Köln

03452

Moderne Kiefergelenkdiagnostik und -therapie – Ein Konzept für die Praxis

Prof. Dr. Walter Lückerrath, Bonn
Mittwoch, 29. Oktober 2003, 16:00 bis 17:30 Uhr
Veranstaltungsort: Großer Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln
Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)
gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Karl-Häupl-Institut • Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 55 15 • 40046 Düsseldorf
Telefon (02 11) 5 26 05-0

ANMELDUNG

Hinweise zu den Veranstaltungen

**Verbindliche Anmeldungen bitte an die
Zahnärztekammer Nordrhein
Karl-Häupl-Institut
Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf (Lörrick) 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
02 11 / 5 26 05 48

Internet: www.khi-direkt.de
E-Mail: khi-zak@t-online.de

Die Zulassung zum Kurs erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs.
Ihre Anmeldung wird umgehend bestätigt. Für reservierte – **jedoch nicht
eingenommene** – Kursplätze kann die Teilnehmergebühr nicht zurücker-
stattet werden. Der Kursplatz ist jedoch übertragbar.

Die Reservierung des Kursplatzes ist erst nach Eingang der Kursgebühr
verbindlich. Die Kursgebühr können Sie per Überweisung an die
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf
Konto-Nr.: 0001635921, BLZ 300 606 01
oder per Scheck begleichen. Das Scheckdatum und das Kursdatum sollten
übereinstimmen. Für Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nord-
rhein gilt, daß die Kursgebühr jeweils über das KZV-Abrechnungskonto ein-
behalten wird.

Die angegebenen Kursgebühren im Bereich der zahnärztlichen Fortbildung
gelten für den **niedergelassenen Zahnarzt**. Assistenten, beamtete und an-
gestellte Zahnärzte sowie Zahnärzte, die ihren Beruf zur Zeit 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 Erstniederlassung diese Ermäßigung in
Anspruch nehmen. Zur Berechnung der Zweijahresfrist gilt das Datum der
Veranstaltung. Für Studenten der Zahnmedizin im 1. Studiengang ist die Teil-
nahme an den vorgenannten Veranstaltungen kostenlos. **Entsprechende
Nachweise sind jeder Anmeldung beizufügen.**

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

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

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

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

Lindner Hotel Rheinstern
Emanuel-Leutze-Straße 17, 40547 Düsseldorf (Lörrick)
Tel.: 02 11 / 5 99 70, Fax: 02 11 / 5 99 73 39
E-Mail: info.rheinstern@lindner.de
Internet: <http://www.lindner.de>

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

INNSIDE Residence Hotels
Niederkasseler Lohweg 18 a, 40547 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 52 29 90, Fax: 02 11 / 52 29 95 22
E-Mail: duesseldorf@innside.de

Kursteilnehmer werden gebeten, Reservierungen selbst vorzunehmen.
Die Reservierung sollte möglichst frühzeitig erfolgen, da während der zahl-
reichen 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 Verkehrsver-
ein der Stadt Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 35 05 05 bzw. unter der Anschrift
www.dus-online.de angefordert werden.

FORTBILDUNG FÜR ZFA

03229

GOZ/GOÄ-Abrechnungsworkshop

Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Freitag, 25. Juli 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 45,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03250

Reaktivierungskurs für Zahnmedizinische Fachangestellte – Wiedereinstieg in den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten –

Elke Backhaus, Angelika Doppel, Dr. Richard Hilger, Lothar Marquardt, Hans Mouritz, ZA, Jörg Oltrogge, ZA, Dr. Jürgen Strakeljahn, Dr. Hans Werner Timmers,
Montag, 1. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Dienstag, 2. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Mittwoch, 3. September 2003, 9.45 bis 17.15 Uhr
Donnerstag, 4. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Freitag, 5. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Montag, 8. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Dienstag, 9. September 2003, 9.00 bis 17.15 Uhr
Mittwoch, 10. September 2003, 14.00 bis 18.00 Uhr
Donnerstag, 11. September 2003, 9.00 bis 15.30 Uhr
Montag, 15. September 2003, 9.00 bis 15.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 400,00 EUR

03251

Telefontraining – Intensiv-Workshop

Ursula Weber, Neustadt a.d.W.
Freitag, 12. September 2003, 13.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03252

Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
Freitag, 12. September 2003, 8.30 bis 17.30 Uhr
Samstag, 13. September 2003, 8.30 bis 17.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03253

Telefontraining – Intensiv-Workshop

Ursula Weber, Neustadt a.d.W.
Samstag, 13. September 2003, 9.00 bis 16.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03254

Herstellung von Behandlungsrestorationen

Dr. Alfred-Friedrich Königs, Düsseldorf
Freitag, 19. September 2003, 14.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 100,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03255

Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV § 24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 1. Juli 2002

Prof. em. Dr. Dr. Peter Schulz, Köln
Gisela Elter, ZMF, Korschenbroich
Freitag, 26. September 2003, 9.00 bis 18.00 Uhr
Samstag, 27. September 2003, 9.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

03287

Umsetzung der neuen Ausbildungsverordnung

Seminar für ZMF's und ZMV's
Joachim Mann, RA, Düsseldorf
Dienstag, 30. September 2003, 18.45 bis 22.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 50,00 EUR für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

FÜR SIE GELESEN

Der Arzt muß grünes Licht geben

Bei einer schweren Erkrankung sollten Menschen mit Urlaubsplänen ihren Arzt möglichst sofort nach ihrer voraussichtlichen Reisefähigkeit befragen. Das gilt auch, wenn zwischen Erkrankung und geplanter Reise mehr als sechs Wochen liegen und unter Umständen Chancen auf eine Heilung bestehen. Bei zu später Befragung des Arztes, die dann zur Absage der Reise führt, besteht sonst die Gefahr, daß die Reiserücktrittskosten-Versicherung die Stornokosten verweigert. So ein Urteil des Landgerichts München I (Az.: 15 S 4322/02).

Im verhandelten Fall hatte ein Mann Mitte April einen Bandscheibenvorfall. Seine Reise sollte Anfang Juni beginnen. Der Arzt wurde erst acht Tage vor Urlaubsbeginn nach der Reisefähigkeit befragt – der Mediziner riet ab. Dies sei zu spät gewesen, befand das Landgericht. Richtig wäre es gewesen, wenn der Mann den Arzt sofort nach dem Bandscheibenvorfall nach der Reisefähigkeit befragt hätte. Wäre diese vom Fachmann nicht eindeutig bestätigt worden, hätte der Patient seinen Urlaub bereits zu diesem frühen Zeitpunkt stornieren müssen.

WAZ, 18. 6. 2003

WWS
Witz, Walter, Schallen & Partner
Feldstraße 73, 40479 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 16 45 46 - 0
Telefax: (02 11) 16 45 46 - 99
E-Mail: r.schallen@wvs-d.de

Probleme mit Krankenkassen, KZV oder Kammer?

Dr. Rolf Schallen
Rechtsanwalt/Fachanwalt für Sozialrecht
ehem. Hauptgeschäftsführer einer KZV
Autor zahlreicher Fachpublikationen
Tätigkeitsschwerpunkt: Beratung und Vertretung von Zahnärzten

Abrechnungsservice

Praxisteam-Schulungen
und Seminare

Optimale Privatabrechnung –
fachgerecht und aktuell

Zahnersatzabrechnung

Individuelle Praxisbetreuung
und Praxisorganisation

Praxisberatungen

Von Zahntechnikermeisterin

Kalkulation Ihres Praxislabors

Schulung der Labormitarbeiter

Erstellung und Optimierung
Ihrer Laborabrechnung

Integration in Ihre
Abrechnungssoftware

Ute Jahn, Meerbusch
Tel. (02159) 6130

Wiedereinstieg in den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten

Die Zahnärztekammer Nordrhein bietet auch 2003 ehemaligen Zahnarzhelferinnen mit einer mehrjährigen Berufspause wieder 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 **zweiwöchigen Seminar** (jeweils Mo. bis Mo.) 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	4 Unterrichtsstunden

Über die Teilnahme an dem Lehrgang stellt die Zahnärztekammer Nordrhein eine Bescheinigung aus; eine Prüfung findet nicht statt.

Kursbeginn: Montag, 1. September 2003

Kursende: Montag, 15. September 2003

Kursgebühr: € 400,00

Kursnummer: 03250

Ort: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf

Weitere Informationen erteilt: **Zahnärztekammer Nordrhein, Frau Keimes, Tel.: (02 11) 5 26 05 47**

Dieses Kursangebot ist auch für diejenigen Zahnmedizinischen Fachangestellten geeignet, die ihren Wissensstand in allen Teilgebieten ihres Berufes aktualisieren möchten.

ZAHNÄRZTE-STAMMTISCHE

Düsseldorf Oberkassel

Termin: am zweiten Dienstag im Monat,
19.30 Uhr

Treffpunkt: Gatzweiler Brauhaus, Belsenplatz 2

Essen auf Einladung

Gummersbach

Termin: am letzten Donnerstag im Monat,
20.00 Uhr

Treffpunkt: Restaurant Akropolis, Gummersbacher Straße 2,
Dreieck Niederseßmar

Köln

Termin: am ersten Donnerstag im Monat, 19.30 Uhr

Treffpunkt: Clubhaus des Decksteiner TC,
Bachemer Landstraße 355

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: „First Stuben“, Friedrich-Karl-Straße 48

Remscheid

Termin: am ersten Dienstag im Monat, 20.00 Uhr
Treffpunkt: Gaststätte Onassis, Remscheid-Ehringhausen

Bezirksstelle Aachen**50 Jahre**

ZA Klaus Hogen
Schütze-von-Rode-Straße 43
52134 Herzogenrath
* 7. 8. 1953

Dr. Winfried Kather

Alte Turmstraße 21
52457 Aldenhoven
* 12. 8. 1953

Dr. Heriberta Kappes

Adalbertsteinweg 18–20
52070 Aachen
* 20. 8. 1953

60 Jahre

Dr. Rolf Pentrop
Pfarrer-Kleinemann-Straße 1
52249 Eschweiler
* 16. 7. 1943

Dr. Bernd Schubert

Wilhelmbusch 11
52223 Stolberg
* 10. 8. 1943

65 Jahre

Dr. Bernd-Rainer Kleeff
An der Windmühle 11
52525 Heinsberg
* 21. 7. 1938

75 Jahre

Dr. Franz Josef Oidtmann
Bruchweg 14
52441 Linnich
* 9. 8. 1928

Dr. Paul-Günther Schröder

Eupener Straße 225
52066 Aachen
* 25. 8. 1928

81 Jahre

ZÄ Erika Weegen
Kirchstraße 50
41849 Wassenberg
* 8. 8. 1922

88 Jahre

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

93 Jahre

Dr. Hans Stock
Reimser Straße 33
52074 Aachen
* 14. 8. 1910

97 Jahre

Dr. Ilse Mooslehner
Melatener Straße 115
52074 Aachen
* 8. 8. 1906

100 Jahre

ZA Peter Viehöfer
Moltkestraße 18
52249 Eschweiler
* 21. 8. 1903

Bezirksstelle Düsseldorf**50 Jahre**

Dr. Rainer Klähn
Mittelstraße 17
40822 Mettmann
* 28. 7. 1953

WIR GRATULIEREN**ZÄ Elisabeth Ruhland**

Burgmüllerstraße 51
40235 Düsseldorf
* 9. 8. 1953

Dr. Michael Winzen

Elberfelder Straße 21
42553 Velbert
* 27. 8. 1953

ZÄ Magdalena Bock

Lindenstraße 22
42549 Velbert
* 30. 8. 1953

ZA Michail Mintchin

Bahnstraße 62
40210 Düsseldorf
* 15. 9. 1953

60 Jahre

Dr. Gerd John

Bruchstraße 7
40235 Düsseldorf
* 22. 7. 1943

Dr. Eberhard Jacobs

Kaiser-Wilhelm-Ring 32
40545 Düsseldorf
* 4. 8. 1943

Dr. (Univ. Belgrad)

Divna Nikolic
Schorlemerstraße 68
40547 Düsseldorf
* 20. 8. 1943

65 Jahre

Dr. Wilhelm Hermann

Rosenblatt
Brehmstraße 20
40239 Düsseldorf
* 8. 8. 1938

Dr. Peter Rockmann

Barbarastraße 6
40476 Düsseldorf
* 22. 8. 1938

ZA Jürgen Heintzschel

Marbacher Straße 33
40597 Düsseldorf
* 1. 9. 1938

75 Jahre

ZA Friedhelm Mohr
Gladiolenweg 3
42579 Heiligenhaus
* 3. 8. 1928

ZA Adolf Huxoll

Rheindorfer Straße 161
40764 Langenfeld
* 14. 8. 1928

Dr. Irma-Dorothea Büssing

Akazienstraße 33
40627 Düsseldorf
* 16. 8. 1928

Dr. Gisela Sicius-Abel

Bismarckstraße 54
40210 Düsseldorf
* 26. 8. 1928

81 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

83 Jahre

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

84 Jahre

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

86 Jahre

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

87 Jahre

Dr. Barbara Wenzel
Immermannstraße 27
40210 Düsseldorf
* 14. 8. 1916

ZA Kurt Ziegler

Cranachstraße 119
41466 Neuss
* 12. 9. 1916

90 Jahre

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

91 Jahre

Dr. Franz Unger
Dormagener Straße 40
40221 Düsseldorf
* 17. 7. 1912

Dr. Elisabeth Conrady-Pippert

Bahnhofstraße 59
40883 Ratingen
* 1. 9. 1912

Bezirksstelle Duisburg**50 Jahre**

ZÄ Ewa Maria Zakrzewska
Scharnhorststraße 15
47059 Duisburg
* 17. 8. 1953

Dr. Bernhard Zinke

Rosenbleek 26
47137 Duisburg
* 1. 9. 1953

60 Jahre

ZA Mehmet Karal
Rheinhauser Straße 201
47053 Duisburg
* 17. 7. 1943

65 Jahre

Dr. Hartmut Kötter
Bismarckstraße 6
46483 Wesel
* 23. 8. 1938

70 Jahre

ZA Valentin Hessling
Am Lipkamp 12
47269 Duisburg
* 22. 7. 1933

75 Jahre

ZÄ Hannelore Gramlich
Franzstraße 29
47179 Duisburg
* 20. 7. 1928

82 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

84 Jahre

Dr. Dr. rer. oec. Kurt Kotthaus

Weißbürger Straße 8
45468 Mülheim
* 30. 8. 1919

Dr. Dr. Günter Kuhn

Unter den Ulmen 73
47137 Duisburg
* 10. 9. 1919

89 Jahre

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

Dr. Anne Aue

Am Lohbruch 16
46147 Oberhausen
* 22. 8. 1914

Bezirksstelle Essen**50 Jahre**

Dr. Peter Bertram
Marktstraße 41
45355 Essen
* 22. 7. 1953

ZA Rolf-Dieter Mühlhaus

Altendorfer Straße 423
45143 Essen
* 22. 7. 1953

ZÄ Maria Kaminski

Altenessener Straße 226
45326 Essen
* 1. 9. 1953

60 Jahre

Dr. Joachim Colligs
Klarastraße 33
45130 Essen
* 22. 7. 1943

Dr. Werner Pischek

Steeler Straße 252
45138 Essen
* 8. 8. 1943

ZA Ulrich Tippel
Huestraße 161
45309 Essen
* 18. 8. 1943

75 Jahre
Dr. Cili Maas
An St. Albertus Magnus 23
45136 Essen
* 16. 7. 1928
ZA Heinrich Schützenberger
Nockwinkel 78
45277 Essen
* 26. 8. 1928

80 Jahre
ZA Nejmaddin Tosyali
Barkhovenhöhe 35
45239 Essen
* 6. 9. 1923

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

93 Jahre
Dr. Charlotte von Nathusius
Bettina-von-Arnim-Haus
Vittinghoffstraße 11
45134 Essen
* 14. 8. 1910

Bezirksstelle Köln

50 Jahre
ZA Klaus Rethmeier
Parkstraße 2
53819 Neunkirchen-Seelscheid
* 19. 7. 1953

ZA Christoph Schneider
Wolfhelmstraße 40
50259 Pulheim
* 19. 7. 1953

Dr. Sofia Krings-Vogeler
Chorbuschstraße 41
50765 Köln
* 27. 7. 1953

Dr. Michael Hohl
Von-Werth-Straße 3
50259 Pulheim
* 29. 7. 1953

Dr. Gudrun Worbs
Weidengasse 1
50354 Hürth
* 2. 8. 1953

Dr. Andrea Buchholz-Báca
Maarweg 78
50933 Köln
* 27. 8. 1953

Dr. Alexander Körber
Riehler Straße 30
50668 Köln
* 30. 8. 1953

Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Kerpener Straße 62
50937 Köln
* 6. 9. 1953

Dr. Peter Dahm
Mohrenstraße 1 A
50670 Köln
* 12. 9. 1953

WIR GRATULIEREN

60 Jahre
Dr. Bernd Winkel
Großenbuschstraße 18
53757 Sankt Augustin
* 17. 7. 1943

Dr. Detlef Sievers
Theodor-Heuss-Straße 4
51645 Gummersbach
* 24. 7. 1943

Dr. Elmar Steffen
Am Mühlenteich 46
50129 Bergheim
* 7. 8. 1943

ZA Hans-Eberhard Prümm
Poststraße 5
53783 Eitorf
* 10. 8. 1943

Dr. Ursula Meschede
Von-Groote-Straße 32
50968 Köln
* 29. 8. 1943

Prof. Dr. Thomas Kerschbaum
Bachemer Straße 402
50935 Köln
* 31. 8. 1943

ZA Kersten Schindler
Richard-Bertram-Straße 87
50321 Brühl
* 9. 9. 1943

65 Jahre
Dr. Dr. Karin Nakazi
Johanniterstraße 18
53113 Bonn
* 17. 7. 1938

70 Jahre
Dr. Bodo Petelkau
Leuchterstraße 44
51069 Köln
* 16. 8. 1933

Dr.med.dent. (rumän.)
Mihai Vicas
Im Wiesengrund 15
51597 Morsbach
* 14. 9. 1933

75 Jahre
ZÄ Maria Kellerhoven
Hagedornstraße 22
51069 Köln
* 20. 8. 1928

Dr. Hans Kürten
Hermelingsweg 8
51109 Köln
* 21. 8. 1928

Dr. Hans Knoblauch
Evastraße 6 A
51149 Köln
* 13. 9. 1928

80 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

81 Jahre
ZÄ Marija Marite Kiploks
Severinstraße 140
50678 Köln
* 24. 7. 1922

Dr. Johanna Scholze
Ubieerstraße 5
50321 Brühl
* 22. 8. 1922

Dr. Robert Licht
c/o Peter Weber
Poststraße 32
50169 Kerpen
* 27. 8. 1922

ZÄ Brunhild Müller-Kittnau
Goetheallee 20
53225 Bonn
* 3. 9. 1922

Dr. Gisela Klee
Beethovenallee 62
53173 Bonn
* 10. 9. 1922

82 Jahre
Dr. Manfred Heynisch
Westerwaldstraße 84
50997 Köln
* 23. 7. 1921

Dr. Herbert Talkenberger
Am Schloßbach 18
53125 Bonn
* 20. 8. 1921

84 Jahre
Dr. Carlernst Boner
Frackenpohler Straße 7
53797 Lohmar
* 24. 7. 1919

Dr. Marianne Zipf
Am Frankenhain 16
50858 Köln
* 31. 8. 1919

85 Jahre
ZA Mikulas Hron
Von-Quadt-Straße 68
51069 Köln
* 22. 8. 1918

88 Jahre
ZA Werner Kohler
Landskronstraße 4
50969 Köln
* 21. 7. 1915

Dr. Friedrich Wilhelm Hemes
Merler Allee 31
53125 Bonn
* 18. 8. 1915

89 Jahre
ZA Paul Tilgner
Kölner Straße 12
53902 Bad Münstereifel
* 25. 7. 1914

90 Jahre
ZA Helmut Sterzenbach
Haberstraße 50
51373 Leverkusen
* 18. 8. 1913

91 Jahre
Dr. Ferdinand Prümm
Poststraße 5
53783 Eitorf
* 30. 7. 1912

Dr. Maria Holzberg-Loevenich
Hasenweide 77
50226 Frechen
* 1. 8. 1912

92 Jahre
Dr. Karl Leifheit
Kennedyallee 16
53175 Bonn
* 28. 7. 1911

ZA Eduard Servet
Schumannstraße 76
53113 Bonn
* 5. 8. 1911

Bezirksstelle Krefeld

50 Jahre
Dr. Willi Hütz
Stationsweg 46
41068 Mönchengladbach
* 28. 7. 1953

ZA Andreas Barlogie
Danziger Platz 7
47809 Krefeld
* 2. 8. 1953

Dr.-medic stom. (RO)
Heike Foerster
Zeppelinstraße 111
41065 Mönchengladbach
* 11. 8. 1953

Dr. Edmund Bochenek
Rathausmarkt 143
41747 Viersen
* 24. 8. 1953

ZA Ulf Langert
Kirchplatz 6
47661 Issum
* 14. 9. 1953

60 Jahre
Dr. Helmut Paulus
Kurt-Schumacher-Allee 40
47445 Moers
* 9. 8. 1943

Dr. Ulrich Schümmer
Bahnhofstraße 5
47647 Kerken
* 2. 9. 1943

65 Jahre
ZA Sadi Sun
Am Kolk 29
47445 Moers
* 15. 8. 1938

75 Jahre
ZA Hans Brandt
Heidestraße 9
46519 Alpen
* 28. 7. 1928

80 Jahre
 Dr. Günter Eulenpesch
 Gleiwitzer Straße 18
 41751 Viersen
 * 26. 8. 1923

82 Jahre
 Dr. Ursula Leonhardt
 Uerdinger Straße 235
 47800 Krefeld
 * 23. 7. 1921

85 Jahre
 Dr. Karl Hientzsch
 Benediktiner Straße 33
 41063 Mönchengladbach
 * 19. 8. 1918

90 Jahre
 ZA Wilhelm Röttges
 Tönisberger Straße 41
 47839 Krefeld
 * 15. 8. 1913
 Dr. Käte Figge
 c/o G. Nölte
 Ringstraße 67a
 41334 Nettetal
 * 14. 9. 1913

91 Jahre
 Dr. Felicitas Heuke
 Möhlenring 49
 47906 Kempen
 * 24. 7. 1912

Bezirksstelle Bergisch-Land

50 Jahre
 ZA Ulrich Dönges
 Güldenwerth 30
 42853 Remscheid
 * 7. 8. 1953

Dr. Sybille Scheerer
 Morianstraße 32
 42103 Wuppertal
 * 15. 8. 1953

Dr.-medic stom. (R)
 Florica Onorica Leitch
 Schützenstraße 99
 42281 Wuppertal
 * 7. 9. 1953

60 Jahre
 Dr. Dipl.-Ing.
 Rainer Schumann
 Graf-Adolf-Straße 35
 42119 Wuppertal
 * 23. 8. 1943

70 Jahre
 Dr. Diethelm Puder
 Auf der Kante 1
 42349 Wuppertal
 * 1. 8. 1933

75 Jahre
 Dr. Gerda Puder
 Auf der Kante 1
 42349 Wuppertal
 * 26. 7. 1928

87 Jahre
 ZA Herbert Dicke
 Bergstraße 30
 42105 Wuppertal
 * 4. 9. 1916

90 Jahre
 Dr. Dora Eichentopf
 Konrad-Adenauer-Straße 15
 42853 Remscheid
 * 3. 8. 1913

Besuchen Sie uns im Internet: www.reprodent.net

LUXEMBOURG Verkaufen Sie uns Ihr Alt-, Zahngold, Dentallegierungen und Feilungen.

Wir bieten seriöse Abwicklung und äußerste Diskretion. **Abholservice.** Eine fachmännische Ermittlung des Feingehalts führt für uns eine führende Gold- und Silberscheideanstalt in Pforzheim durch. Die Abrechnung erfolgt nach der Au., Pt., Pd., Ag.-Analyse der Scheideanstalt zum besten Tageskurs. Für original verpackte Degussa-, Heraeus- etc. Legierungen teilen wir Ihnen bei Anfrage einen Ankaufspreis je nach Legierungssorte mit. Original verpackte Legierungen erhalten Sie bei uns zu einem günstigen Preis.

Als zuverlässiger und leistungsfähiger Partner beraten wir Sie gern.

REPRODENT - Vertrieb von Edelmetallen und Dentalprodukten
 300 C route de Thionville - L-5884 HESPERANGE
 Tel.: (00352) 29 59 95-1 - Fax: (00352) 40 03 98

Impressum

46. Jahrgang

Offizielles Organ und amtliches Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf
 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, Dr. Kurt J. Gerritz, 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, Karla Burkhardt
 Telefon (02 11) 5 26 05 22, E-Mail: Burkhardt@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:

Vereinigte Verlagsanstalten GmbH,
 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) 73 57-6 33
 Vertrieb: Petra Wolf, Fax (02 11) 73 57-8 91

Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 36 vom 1. Oktober 2002 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

WIR TRAUERN



Bezirksstelle Köln

Dr. Albert Schmitz
 Rauchschnalbenweg 5
 53888 Euskirchen
 * 8. 4. 1948
 † 27. 3. 2003

ZA Werner Schmitz
 Fuldaer Straße 19
 51103 Köln

* 25. 6. 1927
 † 15. 5. 2003
 ZA Wolfgang vom Dorp
 Brunnenweg 8
 51647 Gummersbach
 * 12. 6. 1924
 † 18. 5. 2003

Bezirksstelle Bergisch-Land

ZA Heinz Grebe
 Hardtstraße 78
 42107 Wuppertal
 * 16. 12. 1922
 † 15. 5. 2003

Bezirksstelle Aachen

Dr. Joachim Ludwig Kraußner
 Adalbertsteinweg 156
 52066 Aachen
 * 25. 12. 1930
 † 12. 5. 2003

Bezirksstelle Essen

Dr. Alfred Mauermann
 Stiftung Sankt Ludgeri
 Altenheim
 Brückstraße 87-89
 45239 Essen
 * 7. 6. 1911
 † 8. 3. 2003

Leichte Küche im Sommer

Der Mund dient der Sprachbildung und der Ernährung. Somit steht intakte Mundgesundheit nicht nur für problemlose Kommunikation, sondern auch für vollendeten Speisegenuß.

In der Erkenntnis, daß viele Kolleginnen und Kollegen wahre Feinschmecker und auch Hobbyköche sind, wollen wir in dieser Rubrik erprobte Rezepte von Kollegen für Kollegen veröffentlichen und zum Nachkochen ermuntern. Gleichzeitig bitten wir die Köchinnen und Köche unter Ihnen, der RZB-Redaktion eigene bewährte Kochrezepte zur Veröffentlichung einzureichen!

In dieser Ausgabe ein sommerliches Salatdressing aus dem Languedoc, Le Somail am Canal du midi und einem dazu passenden katalanischen Rezept.

Salade du Auberge „Lou Somailou“ au chevre chaud

Salat mit Roquefortdressing und überbackenem Ziegenkäse

Zutaten für vier Personen:

Salate nach Wahl und Saison,
fein geputzt
6 EL alter Portwein
150 g Roquefort „Papillon noire“
6 EL Olivenöl extra vergine
2 EL Weinessig
1-2 TL Senf
Baguette
eine Handvoll Walnußkerne
Ziegenkäse
Honig



Zubereitung:

Die gewaschenen und geputzten, frischen Salate auf großen Tellern anrichten. Den Portwein, den Roquefort, das Olivenöl,

den Weinessig und den Senf in einen Mixbecher geben und gut miteinander verquirlen. Abschmecken, nach Gusto Weinessig, Portwein und/ oder Senf hinzugeben.

Vier Scheiben Baguette mit je einer Scheibe Ziegenkäse belegen und kurz bei Oberhitze und/oder Grill in den Ofen geben, bis der Käse anfängt zu zerlaufen. Dann herausnehmen.

Das Dressing mit einigen Walnüssen über den Salat verteilen, eine Baguette-scheibe mit Ziegenkäse obenauf legen und auf den Ziegenkäse etwas Honig geben.



Boles catalans

Katalanische Hackfleischbällchen

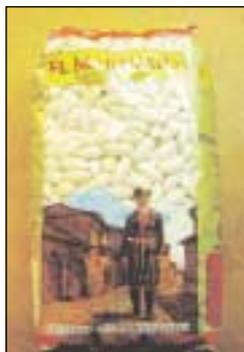
Zutaten

für sechzehn Hackfleischbällchen:

300 g Rinderhackfleisch
300 g Schweinehackfleisch
5 geschälte Knoblauchzehen
2 Eier
75 g gewürfelter durchwachsener Speck
3 EL Olivenöl
eine Handvoll gehackter glatter Petersilie, Salz, Pfeffer, Mehl



Für die Sauce:



- 1 Zwiebel, fein gehackt
- 1 Handvoll Kastanienchampignons, in feine Stifte geschnitten
- 30 g Mehl
- 0,2 l Weißwein
- 2 EL Tomatenmark
- 1/2 TL Zimt
- 1 Prise Cayennepfeffer
- 200 g grüne Oliven, entsteint
- 50 g luftgetrockneter Schinken, gewürfelt

Pfeffer abschmecken, Oliven, Pilze, Schinken und Hackfleischbällchen zugeben. Zugedeckt auf schwacher Hitze 45 Minuten schmoren. Bei Bedarf eine Tasse Wasser zugeben. Traditionell serviert man dieses Gericht mit weißen Bohnen und frischem Landbrot. Dazu paßt ein Merlot, noch besser ein Cabernet.

Viel Spaß bei der Zubereitung und guten Appetit!

Dr. Rüdiger Butz

Zubereitung:

Zum Hackfleisch den Knoblauch pressen, Eier, Petersilie, Salz und Pfeffer zugeben und gründlich durchmischen. Mit den Händen Bällchen daraus formen und einzeln in etwas Mehl rollen.

In einem gußeisernen Topf den Speck in Olivenöl auslassen und die Hackfleischbällchen darin goldbraun anbraten. Herausnehmen und beiseite stellen.

Zwiebel im Fett bräunen, Mehl darin anschwitzen, mit Weißwein ablöschen und das Tomatenmark einrühren, Zimt und Cayenne zufügen, mit wenig Salz (gesalzene Zutaten!) und



FÜR SIE GELESEN

Kliniken finden keine Chirurgen

Deutschland droht ein Ärztemangel. Die Kliniken werden vor allem ihren Bedarf an Chirurgen nicht mehr decken können, warnen Experten. „Das wird gravierende Auswirkungen auf die Patienten haben“, sagte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Norbert Haas. „Schwedische und englische Verhältnisse mit langen Wartelisten für planbare operative Eingriffe drohen auch bei uns“, erklärte Haas in München während eines Kongresses.

Der Arztberuf allgemein, besonders die Arbeit als Chirurg, habe erheblich an Attraktivität verloren, betonte auch Prof. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Gesellschaft für Chirurgie. Die Gründe dafür seien starke Arbeitsbelastungen und „die Überfrachtung mit arztfremden bürokratischen Tätigkeiten“. Inzwischen entschieden sich bis zu 40 Prozent aller Medizin-Studienabgänger gegen den Arztberuf und für Tätigkeiten bei Behörden, Versicherungen oder in der Pharmabranche, so Bauer. In vielen kleineren Krankenhäusern sei die Versorgung bereits gefährdet.

NRZ, 29. 4. 2003

ZAD

Zahnärztliche-
Abrechnungs-
Dienstleistungen

ZAD

Wir übernehmen die Durchführung der Praxisabrechnungen nach BEMA/GOZ/GOÄ für ZE, PA, KG, Kons./Chirurg., Prophylaxe, KFO, Implantologie in Ihrer Praxis oder von unserem Büro aus über ISDN. Info und Angebot auf Anforderung.

Zusätzlich bieten wir an: Praxisbezogene, spez. Schulungen in Abrechnung und EDV.

ZAD Ursula Scholten, Krefelder Straße 145, 47839 Krefeld

Telefon (0 21 51) 97 35 98, Fax (0 21 51) 97 35 99, E-Mail: zad-scholten@gmx.de
Service Hotline für abrechnungstechnische Fragen (0 21 51) 96 60 58

12. Nordrheinisches
Zahnärzte-Golfturnier
Mittwoch, den 24. 9. 2003
GC-Haus Kambach
Eschweiler-Kinzweiler e. V.



Weißwurstfrühstück: 11.00 Uhr
Kanonenstart: 13.00 Uhr

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

Nümbrecht und Schloß Homburg

Versteckt im Oberbergischen Land

Der RZB-Freizeit-Tip stellt monatlich Ausflugsziele aus der Umgebung vor. Im nächsten Heft: Rheinisches Industriemuseum Bergisch Gladbach: Papiermühle „Alte Dombach“.

Auch wenn das Bergische Land eigentlich nach dem Herrschaftsgeschlecht der Grafen vom Berg benannt ist, gibt es doch auf dem Weg ins „Homburger Ländchen“ im Oberbergischen einige Steigungen zu überwinden. Wer bereits in Bielstein die Autobahn verläßt, gerät auf kleine und kleinste Nebenstraßen mit der einen oder anderen Serpentine, die bei trockenem Wetter allerlei Fahrspaß versprechen. In Richtung Waldbröl und Nümbrecht geht es dann durch eine – im Unterschied zu weiten Teilen des Bergischen Landes – nur wenig zersiedelte Landschaft mit dichten Wäldern.

Auf der Strecke kommt man durch mehrere malerische Örtchen, darunter das besonders sehenswerte Marienbergshausen mit der kleinen, aber feinen „Bonten Kerke“ aus dem 13. Jahrhundert. Engelbert Humperdinck komponierte hier seine berühmte Märchenoper „Hänsel und Gretel“. An Wochenenden kann man im Inneren Reste der farbigen Wandmalereien bewundern, auf die der Name verweist. Gedacht waren die Fresken aus der Zeit vor der Reformation für die armen bäuerlichen Menschen der Gegend, die selten lesen und schreiben konnten. Deshalb wurde das religiöse Lehrprogramm als „Armenbibel“ an die Kirchenwände gemalt.

Homburg: Burg, Schloß, Steinbruch und Museum

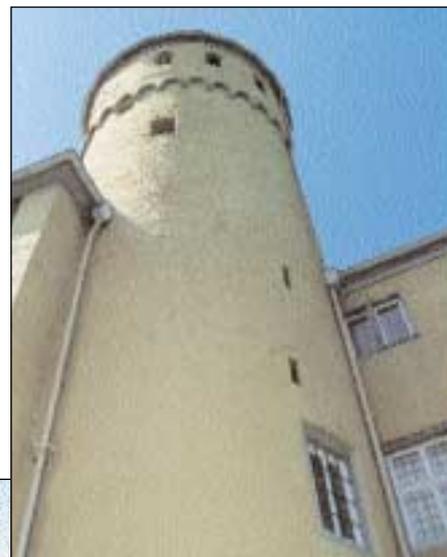
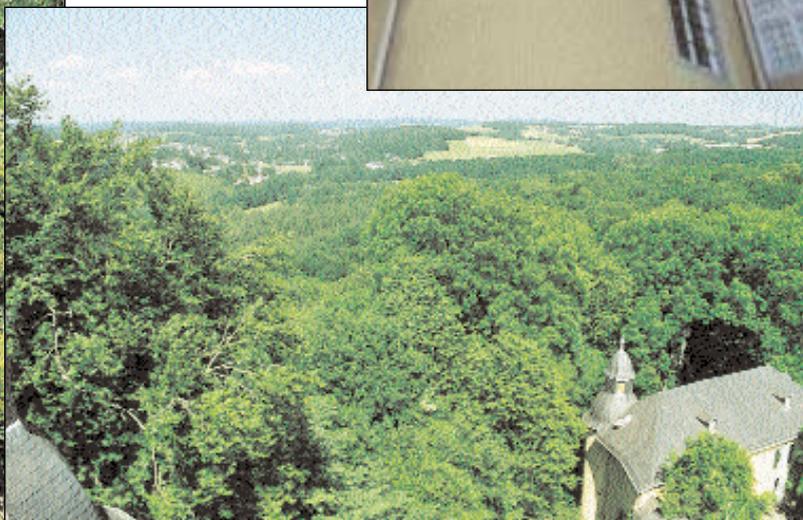
Wenige Kilometer weiter liegt Schloß Homburg, trotz seiner Höhenlage fast ganz von den Baumwipfeln auf dem

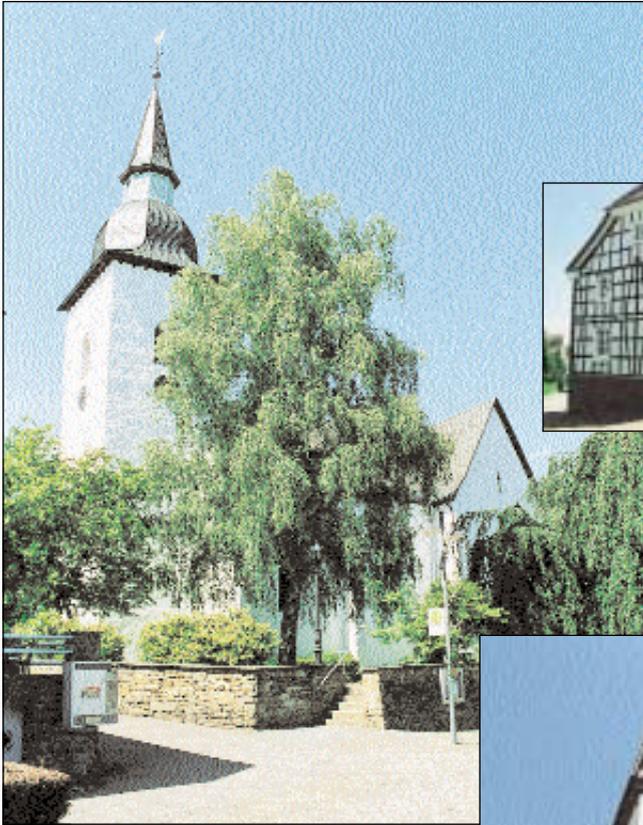
dicht bewaldeten Hömerichberg verdeckt. Zunächst eine trutzige Burg mit starkem Turm und hohen Bastionen, wurde die Festung im 17. Jahrhundert durch Graf Ernst von Sayn und seine Nachfolger in eine glanzvolle Residenz mit Orangerie, Gärten und zahlreichen Plastiken umgewandelt. Nach wechselvollem Schicksal unter französischer Besatzung, als Försterwohnung und sogar Steinbruch (!) begann im letzten Jahrhundert die Restaurierung. Heute beherbergen die ehemaligen Wohn- und Wirtschaftsgebäude um einen schlanken Rundturm das Museum des oberbergischen Kreises.

Aus dem ursprünglichen kleinen Heimatmuseum hat sich ein modernes kulturhistorisches Museum mit einer umfangreichen Sammlung zur Geschichte der Region entwickelt. Der Rundgang führt im Herrenhaus über die große barocke Treppe, ein Meisterstück bergischer Handwerkskunst. Von der rustikal eingerichteten Burgküche durch die eleganten Gemächer der Grafen bis zum furchterregenden Burggefängnis in einem der Treppentürme bietet sich ein anschauliches Bild vom Leben in einer kleineren Residenz. Die zahlreichen Säle, Zim-



Trotz seiner Höhenlage wird Schloß Homburg fast ganz von Baumwipfeln verdeckt, bietet aber von der Turmspitze aus einen weiten Panoramablick über das Oberbergische.





Marienberghausen mit der kleinen, aber feinen „Bonten Kerke“ aus dem 13. Jahrhundert.



Die fast 1000jährige Schloßkirche am Ende der Hauptstraße in Nümbrecht ist baugeschichtlich einer der interessantesten Sakralbauten des Oberbergischen Kreises.

mer, Fluchten und Treppenhäuser sind mit Porträt- und Landschaftsmalerei, Landkarten, Handwerkszeug, Waffen und vielen kunstgewerblichen Einzelstücken ausgestattet. Zu sehen ist auch eine naturkundliche Abteilung. Auf das Gelände vor Wall und Graben wurden außerdem eine historische Säge- und Mahlmühle sowie eine Bäckerei aus dem 19. Jahrhundert „verpflanzt“ und als volkskundliche Museen eingerichtet.

Erholung in Nümbrecht

Gerade an heißen Tagen bemerkt man sofort, wenn man aus dem Auto steigt, die angenehm kühlen Temperaturen und

die trockene Luft. Das gerade im Vergleich zur Kölner Bucht bessere – in anderen Jahreszeiten aber auch deutlich rauhere – Klima ist typisch für das gesamte Oberbergische Land. Vor diesem Hintergrund wurde das kleine Städtchen Nümbrecht, das nicht viel mehr als einen Kilometer von Schloß Homburg entfernt liegt, 1987 als heilklimatischer Kurort anerkannt. Im denkmalgeschützten Ortskern mit Schiefer- und Fachwerkhäusern gibt es verschiedene Einkehrmöglichkeiten. Wer nachmittags hungrig genug ist, sollte eine Bergische Kaffeetafel (vor)bestellen – „Koffeedrenken met allem Droem on Dran“. Auf dem Tisch mit Zwiebelmusterservice stehen dann Rosinenstuten, Milchreis, Bergischer Zwieback, Bienenhonig, Schwarzbrot, Quark, Butter, Waffeln, Zucker und Zimt, Burger Brezeln und Apfelkraut sowie unbedingt eine „Dröppelmin(n)a“. Das birnenförmige Zwischending zwischen Kaffeemaschine und Kaffeekanne funktioniert ähnlich wie ein Samowar.

Sehenswert in Nümbrecht ist auch die fast 1000jährige Schloßkirche am Ende der Hauptstraße mit wuchtigem romanischen Turm, gotischem Chor und barocker Turmhaube. Wer Steigungen nicht scheut: um Nümbrecht herum sind über 300 km Wanderwege über Berg und Tal mit unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad ausgeschildert.

Dr. Uwe Neddermeyer

Museum des Oberbergischen Kreises

Schloß Homburg, 51588
Nümbrecht, Tel. (0 22 93) 91 01-0

Anfahrt: Autobahn A4, Abfahrt Gummersbach/Wiehl, Schnellstraße in Richtung Wiehl, bei Wiehl rechts Richtung Tropfsteinhöhle/Nümbrecht, nach 3 km rechts; alternativ auf kleinsten Nebenstraßen: Abfahrt Bielstein, Richtung Drabenderhöhe (L 338) und quer durch Marienberghausen.

Veranstaltungen: Musikprogramm, Kinderfeste, Vorführungen und Märkte: www.obk.de

Geöffnet: 20. März – 2. November
Dienstag – Samstag 10.00 bis 17.00 Uhr, Sonn- und Feiertage 10.00 bis 18.00 Uhr

Eintritt: Kinder 2 €
Erwachsene 3,50 €/Familien 7–9 €

Im Museum besonders sehenswert: die Rüstkammer und Zeugnisse der Wohnkultur des 19. Jahrhunderts.



IST DAS NICHT TIERISCH?

Zusammengestellt von Dr. Kurt J. Gerritz

Sowas passiert auch Männern

Ein wahres Fiasko erlebte eine 50jährige Frau aus Gütersloh beim Einparken ihres Wagens. Wie die Polizei gestern mitteilte, fuhr die Frau auf einen Parkplatz zunächst „aus für sie unerklärlichen Gründen“ mit ihrem Kleinwagen vorwärts gegen eine Klinkerwand und beschädigte diese stark. Sie geriet daraufhin in Panik, setzte ihren Wagen zurück und rammte dabei ein anderes parkendes Auto. Bei einem erneuten Rangierversuch schob die 50jährige dann einen geparkten Wagen rückwärts auf die Fahrbahn, wobei sie noch einen Zaunpfahl aus seinem Betonfundament riß. Danach stellte sie ihr Auto wie gewohnt auf ihrem Stellplatz ab. Bei dem Parkmanöver entstand ein Sachschaden in Höhe von 12 000 Euro. Die Polizei betont, daß weder Alkohol noch Drogen im Spiel waren.

Rheinische Post, 12. 5. 2003

Stilles Örtchen mit Internet-Zugang

Microsoft will noch in diesem Sommer die erste Internet-Toilette in Großbritannien auf dem Markt bringen. Das sogenannte iLoo soll als mobile Toilette auf Festivals und Konzerten genutzt werden und ist Teil des Marketings für den Internet-Service MSN des weltgrößten Softwarekonzerns. Nach Angaben von MSN UK soll das Örtchen mit Flachbildschirm, drahtloser Tastatur und schnellem Internetzugang ausgestattet sein. Im britischen Suffolk steht bereits die erste vernetzte Parkbank mit Internet-Zugang.

Ärzte-Zeitung, 12. 5. 2003

Bißfest

So sind die unerschrockenen Nordländer. Obwohl der schwedische Eishockey-Star Mats Sundin in den Playoff-Spielen der US-Profiliga NHL vier Zähne verloren hat, will er für sein Team bei der Weltmeisterschaft in Finnland spielen. „Erst gehe ich zum Zahnarzt, dann komme ich“, sagte der Stürmer der Toronto Maple Leafs. Biß auf dem Eis wird er zeigen. Ob er allerdings auch beim Frühstück noch herzhaf zubeißen kann, ist nicht bekannt.

Rheinische Post, 28. 4. 2003

Zahn für Zahn ein Sieger

Humorvoll haben sich die flämischen Liberalen am Dienstag bei ihren Wählern für den Stimmenzuwachs bei den belgischen Parlamentswahlen bedankt. Sie schalteten Zeitungsanzeigen mit einem Foto von Premierminister Guy Verhofstadt, der sein schönstes Lächeln und zugleich seine markante Zahnlücke zeigt. „Danke, daß wir noch einen Zahn zulegen durften“, heißt es neben dem Bild. Verhofstadts liberale Partei VLD hatte ihre führende Position in Flandern behaupten können und will ihre Koalition mit den ebenfalls siegreichen Sozialisten fortsetzen.

Kölner Stadt-Anzeiger, 21. 5. 2003

Zahnarzt ganz oben in der Hitparade

In der „Ultimativen Chart Show“ präsentierte RTL im Mai die beliebtesten Songs aus den Hitparaden der letzten 30 Jahre. Dabei landete der schwedische Zahnarzt nigerianischer Abstammung Dr. Alban auf einem guten fünften Platz. Sein Disco-Hit „It's My Life“ war 1992 immerhin acht Wochen die Nummer 1 und 25 Wochen in den Top 10 vertreten. Davor lagen nur Danyel Gerard (Butterfly), Boney M. (Rivers Of Babylon), Andrea Bocelli, Sarah Brightman (Time To Say Goodbye) und die Scorpions (Wind Of Change). Dr. Alban Nwapa landete mit weiteren fünf Titeln noch kleinere Erfolge und erreichte insgesamt über 80 Notierungen in den Top 10.

Dr. Uwe Neddermeyer

Seehund mit Angelausweis

Ein im schottischen Fluß Leven gestrandeter wilder Seehund hat von den lokalen Behörden offiziell eine Angellizenz erteilt bekommen. Wie die BBC berichtete, konnte Seehund André (3) damit vor dem sicheren Tod bewahrt werden. Fischer und Angler hatten seine Erschießung gefordert, weil sie sich darüber ärgerten, daß er sich vom reichhaltigen Lachsvorkommen im Fluß bediente. Doch nach Protesten in der Bevölkerung wurde das Todesurteil aufgehoben und André mit einem Angelausweis mitsamt Paßfoto ausgestattet. In einem Brief des Vorsitzenden des Vereins wurde der Seehund nun offiziell als neues Mitglied begrüßt. Mit der Lizenz

darf er zunächst bis 31. Oktober ungestört Lachs verspeisen. „André hat uns schon Tausende von Pfund in Fisch und nicht verkauften Angellizenzen gekostet“, sagte der Vorsitzende Michael Brady. „Das Wenigste, was wir da tun konnten, war seinen Appetit zu legalisieren.“ Nach Ablauf der Lizenz soll er eingefangen und in einer Seehundkolonie im mittelschottischen Fife ausgesetzt werden.

Welt, 23. 4. 2003

Private Wasserspiele eines „Aquamanen“

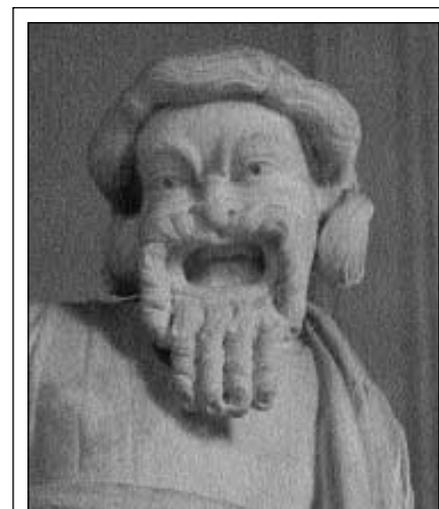
Mit schöner Regelmäßigkeit öffnet ein geistig verwirrter Mann in Hilden die Absperrventile von Hydranten und sorgt für ganz private Wasserspiele. Der „Aquamane“ ist der Polizei bekannt und wird dort als „lammfromm“ beschrieben. Eine Festnahme sei nicht notwendig, zumal die Familie des Mannes mit ebenso schöner Regelmäßigkeit den Schaden bezahlt – seit bereits 20 Jahren.

WZ, 27. 5. 2003

Tiger mag Ferkel

Sai Mai mag Ferkel – allerdings nicht so, wie man glauben könnte. Denn anstatt die Schweinchen im Zoo von Chonburi nahe Bangkok zu verspeisen, spielt die 26 Monate alte Tiger-Lady lieber mit ihnen. Die eigene Kindheit prägt eben: Als Baby wurde Sai Mai von einer Sau gesäugt.

Welt 8. 5. 2003



Zahnloser Greis – antike Skulptur aus den Vatikanischen Museen

zugeschickt von Dr. Rolf Pannewig, Hamminkeln-Dingden

Schnappschuß und Gewinnspiel

Der Schnappschuß im RZB Nr. 7/8 ist der Nichtanpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) durch den staatlichen Verordnungsgeber gewidmet: Der Honorarwertverfall der GOZ vom 1. Januar 1988 auf das Jahr 2003 bezogen beträgt weit über 33 Prozent, weil Vater Staat die notwendige Anpassung an die wirtschaftliche und wissenschaftliche Entwicklung hartnäckig verweigert.

Was mit einem stattlichen Mann von über 1 Meter 80 passiert, wenn er ein Drittel seiner Körpergröße verliert, wird auf unserem Schnappschußfoto vom GOZ-Referenten der ZÄK Nordrhein eindrucksvoll demonstriert. Besser kann man das Desaster um die GOZ, die bei ihrem Inkrafttreten 1988 bereits fachlich nicht dem Stand der damaligen wissenschaftlichen Zahnheilkunde entsprach, im Bild nicht darstellen.

Schicken Sie bitte Ihre konstruktiven Lösungsvorschläge

Unsere Frage:
Wer ist auf
unserem
Schnappschuß
(teilweise)
zu sehen und
was fällt Ihnen
sonst noch
zum leidigen
Thema GOZ
1988 ein?

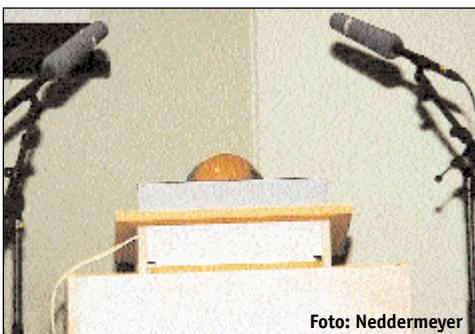


Foto: Neddermeyer

zum Schnappschuß GOZ – 1988 auf einer Postkarte oder per Fax an die

Redaktion Rheinisches Zahnärzteblatt,
c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung,
Lindemannstraße 34–42, 40237 Düsseldorf
Fax (0211) 96 84 332.

Einsendeschluß ist der 30. August 2003.

Die drei besten Einsendungen werden prämiert und im RZB veröffentlicht.

Dr. Kurt J. Gerritz

Hauptpreis

Zwei Tickets für das Tanzmusical mit den Top-Hits der achtziger Jahre: **Miami Nights** entwickelt sich zum Kult. Spektakuläre Tanz-Turniere, temperamentvoller Salsa, extrovertierte Typen, kubanisches Flair und tropische Cocktails, mit anderen Worten: The Rhythm Is Gonna Get You!



Foto:
Capitol Event GmbH

Tickets von € 25,- bis € 75,- zzgl. € 2,- Systemgebühr, RZB-Leser erhalten Ermäßigungen von 8% bis 14% (Die Rabatte richten sich nach der Anzahl der gekauften Karten.), wenn sie bei Buchung unter 01 80/5 15 25 30 (12 Cent/Min) die Nr. 14125 als Stichwort nennen. 25% Ermäßigung für die Monate Juni, Juli, August 2003.

In den Mund gelegt

Heft 4/2003 • Seite 182



Foto: Neddermeyer

Der tapfere Zahnarzt Fritz Schmitz aus Köln in seinem Kampf gegen Karies und Bürokratie: Der Gewinner des Monats April erhält zwei Eintrittskarten für das Musical Jekyll & Hyde im Kölner Musical Dome, die anderen Preisträger erhalten jeweils ein wertvolles Buchgeschenk.

■ *Die roten Bürsten werden die bürokratischen Verkrustungen im Gesundheitswesen wohl kaum lösen. Notwendig ist hier mindestens eine gründliche PZR: Programme der Zahnärzte Realisieren.*

Elfi Klein, Frechen

■ *Guten Tag, ich heiße Schmitz und komm aus Köln, das ist kein Witz. Gesundheitswesen, meine Lieben, wurde früher mal sooo groß geschrieben.*

Jürgen Wilmsmann, Duisburg

■ *Werbung für Prophylaxe, ja klar! Aber Zähne noch putzen, wenn sie schon draußen sind?*

Bernd Kelzenberg, Köln

Abrechnungsservice für zahnärztliche Leistungen aus einer Hand – vor Ort – in Ihrer Praxis

mit den Schwerpunkten:

- ➔ Kassenabrechnung: Kons./Chirurg. (Quartalsabrechnung) ZE, PA, KB/KG, KFO Prophylaxe
- ➔ Privatabrechnung: GOZ/GOÄ Implantologie
- ➔ Laborabrechnung: BEL II/BEB

Individuelle Praxisbetreuung/Praxisorganisation auf Anfrage

cla-dent Claudia Mölders, Voß-Straße 27, 47574 Goch

Tel: 0 28 23 – 92 86 79 Mobil: 01 60 – 8 40 14 85

Fax: 0 28 23 – 92 86 82 E-Mail: cla-dent@t-online.de

Im Dialog mit Ihnen sind wir in unserem Element.

Und so freuen wir uns, Sie z.B. auf unseren Messeständen zu begrüßen. Neben Workshops zu Themen rund um die Zahnarztpraxis, gibt es immer viel Wissenswertes über Finndent-Einheiten und ThomasSchottLine Stahlschrankmöbeln by Saratoga zu erfahren.

Weil wir aber den persönlichen Dialog nicht nur auf den großen Messen pflegen wollen, veranstalten wir regelmäßig Workshops in unseren Seminarräumen. Und in unserer großen Dauerausstellung können Sie sich jeder Zeit unser Angebot genau anschauen. Denn bei uns ist das ganze Jahr Messe.

Ein Besuch lohnt sich immer!



MAYSWEG 15
47918 TÖNISVORST/KREFELD
TEL . 0 21 51 65 100-0
FAX . 0 21 51 65 100-49
Internet: www.thomas-schott-dental.de
e-mail: info@thomas-schott-dental.de

Vertriebszentrum Deutschland

THOMAS SCHOTT DENTAL