

# RHEINISCHES ZAHNÄRZTE BLATT



Nr. 6 · Juni 2002 · F 5892





## Sonder-Finanzierung

2,9%

eff. Jahreszins  
48 Monate Laufzeit

FÜR DIE  
**KaVo Behandlungs-Einheiten:  
1065 · 1066 · 1080**



ESTETICA 1065



ESTETICA 1066



STATUS 1080

### HAGER DENTAL Vertrieb GmbH

47051 Duisburg, Stapelfor B  
47006 Duisburg, Postfach 100653

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

eMail: [vertrieb.duisburg@hager-dental.de](mailto:vertrieb.duisburg@hager-dental.de)

### HAGER DENTALGRUPPE

Dortmund, Dresden,  
Duisburg, Düsseldorf, Essen,  
Germering, Gütersloh,  
Landshut, Leipzig, Troisdorf

Internet: <http://www.hager-dental.de>





## Warum nicht am Befund orientierte Festzuschüsse?

Die solidarisch finanzierten Mittel in der GKV sind begrenzt. Die therapeutische Vielfalt für eine restaurative oder prothetische Versorgung ist in der Zahnmedizin gegeben und wächst. Es versteht sich, daß bei begrenzten Mitteln nicht alles zur Verfügung stehen kann. Unverständlich ist jedoch, daß ein GKV-Mitglied, das das außerhalb der GKV-Leistung liegende Therapiemittel selbst finanzieren will, oft jeglichen Anspruch auf Bezuschussung verliert. Ist es der Wille der Solidargemeinschaft, den einzelnen auf die solidarisch finanzierten Therapiemittel festzulegen und ihn von der freien Wahl aus allen Therapiemitteln auszuschließen?

Eine weitere soziale Ungerechtigkeit in der restaurativen und prothetischen Versorgung liegt in der prozentualen Bezuschussung. Mit der Steigerung der Honorar- und Laborkosten für höherwertige restaurative und prothetische Leistungen steigt auch der Eigenanteil. Während gutverdienende GKV-Mitglieder sich diesen leisten können, bleiben weniger gut verdienenden höherwertige restaurative und prothetische Leistungen verwehrt.

Mit der kürzlich vorgelegten Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde besteht eine vielleicht einmalige Chance für eine sozial orientierte und solidarisch mitfinanzierte, aber umfassende, allen Patienten zugängliche und wissenschaftlich abgesicherte zahnärztliche Versorgung. Der Gesetzauftrag nach § 87 Abs. 2 d SGB V verlangt nach einer ursachengerechten, substanzschonenden, präventionsorientierten und gleichgewichtigen Versorgung. Der Schlüssel hierzu liegt in der präventiven Initialbetreuung. Deren Zielsetzung ist die Verbesserung der Mundhygienesituation und des Verhaltens als Voraussetzung für die weitergehende Diagnostik und Therapiefindung. Dabei spielt die Patienten-Compliance eine wesentliche Rolle. Aus Befund und Diagnose heraus folgt die Darlegung der Therapiealternativen. Aus der Therapievietel sind diejenigen des objektiven Bedarfs als medizinisch notwendige gegen den subjektiven Bedarf der wünschenswerten Therapieformen abzugrenzen.

Eine Lücke durch Fehlen eines einzelnen Zahnes kann z. B. durch eine große Anzahl von Therapieformen behandelt werden: Lückenschluß durch kieferorthopädische Maßnahmen, Ersatz durch eine herausnehmbare Prothese, Verbreiterung der angrenzenden Zähne mit adhäsivem Füllstoff oder durch keramische Veneers, Ersatz durch eine Klebebrücke, konventionelle Brücke oder durch eine implantatgetragene Krone. Der am pathologischen Befund orientierte Festzuschuß läßt die Wahl des Therapiemittels offen. Während das medizinisch notwendige Therapiemittel solidarisch finanziert wird, werden die darüber hinausgehenden Therapieformen mischfinanziert. Dabei kann die Mischfinanzierung aus solidarisch finanziertem Festzuschuß, aus einer Zusatzversicherung und aus einem Eigenanteil bestehen. Wichtig ist, daß das gesamte Therapiespektrum erreichbar ist, während eine Orientierung oder Ausgrenzung über das Therapiemittel als soziales und unwissenschaftliches unterbleibt.

Der befundorientierte Festzuschuß ermöglicht eine Solidarfinanzierung mit individueller Therapieauswahl sowie eine abgesicherte Prävention, Diagnostik und ausreichende Restauration. Dabei kann die Zuschußhöhe als gesundheitspolitisches Steuerungselement zwischen restaurativen und präventiven Leistungen dienen. Da die Zuschußhöhe für alle Versicherten gleich ist, erfolgt eine sozial gerechte Zuteilung der Mittel mit Integration einer Härtefallregelung. Es kommt zu keinen individuellen Therapieausgrenzungen, und die anhaltende Diskussion über „neue Methoden“ entfällt.

Die Diagnose- und Befundorientierung ermöglicht ein Verfahren in Analogie zur vorgesehenen ambulanten DRG-Regelung, und die Zuschußhöhe bietet die Möglichkeit zur Versicherungsdifferenzierung. Das Ausgabenrisiko bleibt bei reduziertem Mengenrisiko kalkulierbar. Eine Befundausgrenzung, wie z. B. bestimmter kieferorthopädischer Befunde und ästhetischer Wünsche, ist möglich.

Hinsichtlich der vier Grundfreiheiten des EU-Vertrages und der Liberalisierung der Gesundheitsmärkte in Europa ist ein befundorientiertes Festzuschußsystem in hohem Maße europatauglich.

*Dr. Rüdiger Butz*

Geld ist wie  
eine schöne Frau:  
Wenn man es  
nicht richtig behandelt,  
läuft es einem weg.

*Paul Getty*

	Seite
<b>Zahnärztekammer Nordrhein</b>	
Qualitätssicherung:	
Diktat der Gesundheitsökonomie	316
Vollzug des MPG:	
Medizinprodukte-Aufbereitung	321
Rechtsspiegel Zahnheilkunde	335
ZFA: Wiedereinstieg in den Beruf	343
NRW-Gesundheitsministerium:	
Rechtsauffassung zur Protestaktion	346
<b>Kassenzahnärztliche Vereinigung</b>	
5. Vertreterversammlung am 27. April 2002	308
Angenommene Resolutionen und Anträge	312
Bundesweite Kostenstrukturerhebung der KZBV	312
ZE-Datenträgeraustausch: Reaktionen	314
<b>Berufsausübung</b>	
BZÄK empfiehlt Nachhaftungsversicherung	320
Beiträge auch auf Phantomlohn	322
Analgetika im Widerspruch	339
<b>Aus Nordrhein</b>	
Kölner „Schaufenster Zahntechnik“	344
<b>Politik/Gesundheitspolitik</b>	
Parteien im Spiegel: CDU	323
Heilberufe propagieren 7-Schritte-Reform	326
Karrierebruch: Grüner Aderlaß	328
Mittelstandsbank statt Mittelstandsförderung	330
<b>Historisches</b>	
100 Jahre Apobank	331
175 Jahre Sparkasse Wesel	334
<b>Fortbildung</b>	
Uni Köln: Herausforderung LKG-Patient	341
Karl-Häupl-Institut: Kursprogramm Juni/Juli	348
<b>Rubriken</b>	
Bekanntgaben	320, 325, 330, 333, 338 342, 343, 350, 351, 353, 362, 363
Editorial	305
Für Sie gelesen	327, 329
Freizeitip	359
Gesund kochen und genießen	358
Ist das nicht tierisch?	III
Impressum	357
Nach der Praxis	355
Personalien	351–357
Schnappschuß/In den Mund gelegt	364
Zahnärzte-Stammtische	345
<b>Beilage</b>	
Van der Ven	
<b>Titelfoto:</b>	
Zefa	



Im Mittelpunkt des Artikels über die 5. Vertreterversammlung der KZV Nordrhein steht der ausführliche Bericht des Vorstandes, anschaulich vorgetragen von ZA Ralf Wagner (6. von li.). Bei der nachfolgenden Aussprache wurde mit guten Argumenten und klaren Köpfen für das Wohl der nordrheinischen Zahnärzte gefochten.

**Seite 308**

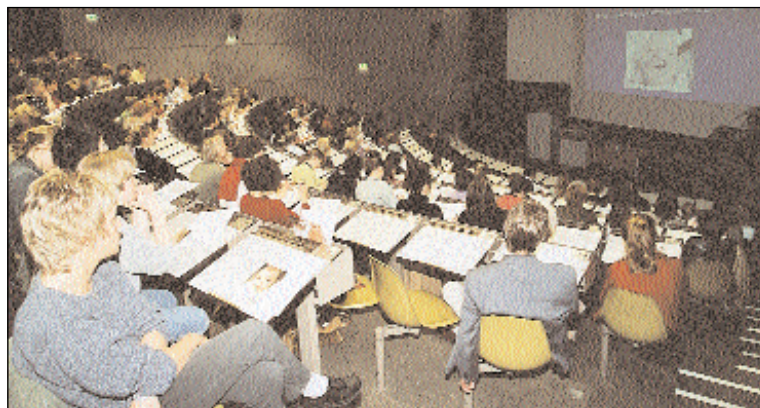


Zur Bitte der KZV, am ZE-Datenaustausch teilzunehmen, gab es neben Zustimmung, die Verwaltungskosten so weit wie möglich zu reduzieren, auch Kritik – an den hohen Forderungen, die einige Software-Anbieter für das notwendige Zusatzmodul stellen. Lesen Sie unseren Bericht auf

**Seite 314**

Was kann der einzelne Versicherte von der Zahnmedizin erwarten? Dieser Aspekt steht im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion, wenn es um das Thema Qualitätssicherung geht. Mit einer Ausarbeitung zum Diktat der Gesundheitsökonomie wird die Serie „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ fortgesetzt.

**Seite 316**



Die Klinik für MKG-Chirurgie an der Universität Köln widmete den 20. April 2002 der interdisziplinären Herausforderung Lippen-Kiefer-Gaumenspalt-Patient. Über 250 Teilnehmer fanden sich zu der Veranstaltung ein. Lesen Sie den Bericht auf

**Seite 341**



# Sondermodell „Silver-Multimedia“ Vol. II

Die Firmen GERL. und Ultradent haben Ihnen, aufgrund des großen Erfolges im letzten Jahr, erneut einen besonderen Arbeitsplatz zusammengestellt:

## Ultradent GL 2020/U1400 Silver Multimedia Vol. II:



**GERL.** Aktionspreis  
„Silver-Multimedia“

€ 38.000,- zzgl. MwSt.

oder

Leasing  
72 Monate,  
10% Restwert

Monatsrate

€ 611,80 zzgl. MwSt.

ausgestattet mit:

- Lichtturbineneinrichtung
- 2 Lichtmotoren
- Zahnsteinentfernungsgerät
- 2 Sprayvit
- Amalgamabscheider
- Intraorale Kamera • Behandlungsleuchte
- 2 Arbeitssessel • u.v.m.

Kom-Flachbild-plettgerät mit integrierter intraoraler Kamera und einem unschlagbaren Flachbildschirm. Das Gerät ist in Silber oder in Weiß lackiert.

Besichtigen sie dieses moderne und einfach zu bedienende Gerät in unserer Ausstellung. (Das Angebot gilt für Bestellungen bis zum 30.06.2002)

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**GERL. GmbH** · Industriestraße 131 a · 50996 Köln (Rodenkirchen)

Telefon 0221/54 69 10 · Telefax 0221/54 69 15 · [www.gerl-dental.de](http://www.gerl-dental.de) · [info@gerl-dental.de](mailto:info@gerl-dental.de)



## 5. Vertreterversammlung der KZV Nordrhein

# Gute Argumente und klare Köpfe



Am 27. April 2002 fand die Vertreterversammlung der KZV Nordrhein wie gewohnt in Düsseldorf statt. Versammlungsleiter **Dr. Ludwig Schorr** konnte nach der Eröffnung die Beschlußfähigkeit des mit 133 Delegierten größten KZV-Parlaments in Deutschland feststellen.

Mit Genugtuung wies er auf die jüngsten Wahlen zur Kassenzahnärzt-

lichen Bundesvereinigung (KZBV) in Berlin hin: Dem elfköpfigen KZBV-Vorstand gehören in der neuen Legislaturperiode mit **ZA Ralf Wagner**, **Dr. Wolfgang Eßer** und **ZA Dieter Krenkel** drei Nordrheiner an.

Nach der Genehmigung der Niederschrift der letzten VV vom 27. November 2001 begann der sehr ausführliche Bericht des Vorstandes, vorgetragen von

ZA Ralf Wagner. Dieser ging nur ganz kurz auf die Geschehnisse der konstituierenden Versammlung in Berlin ein und äußerte die Hoffnung, daß sich mit ihm, Eßer und auch Krenkel die „nordrheinische Denke“ in der Arbeit des neuen KZBV-Vorstandes manifestieren möge.

Traditionsgemäß berichtete der Vorsitzende der nordrheinischen KZV zu Beginn seiner Rede, daß sich gegenüber dem letzten Bericht die Zahl der Mitglieder von 5647 auf 5710 erhöht habe.

Der Zulassungsausschuß hat in den letzten neun Sitzungen 140 Zulassungen ausgesprochen. Ab 2003 ist vom Gesetzgeber eine Änderung der Bedarfzulassung vorgesehen. Wie sich diese im Detail darstellt, ist noch nicht geklärt. Bei den angestellten Zahnärzten ist „nur“ ein Plus von sieben Zahnärzten zu verzeichnen. Wagner bezeichnete den entsprechenden Passus im Sozialgesetzbuch (SGB V) als eine „beschäftigungsfeindliche Regelung“.

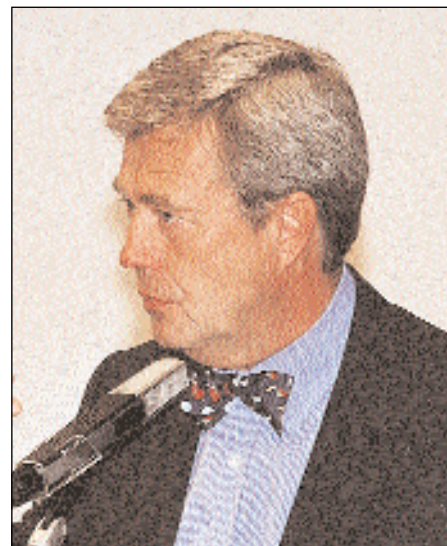
Auch wenn bestimmte Regionen seit Jahren vor der Zulassungssperre stehen, ist Nordrhein eine immer noch fast zulassungsfreie Zone (mit Ausnahme des Bezirks Bonn). Der KZV-Vorsitzende zitierte den Ersatzkassenfunktionär **Rebscher**, der die Krise der GKV vornehmlich auf die Ärztezahlen zurückführt. Bei einem Minus von 30 Prozent der Ärzte und Zahnärzte wäre „das System nicht mehr krank.“



Dr. Ludwig Schorr führte am 27. April 2002 Regie mit klarem Blick auf die Delegierten und Gäste der 5. Vertreterversammlung der KZV Nordrhein. Er übersah auch nicht den treuen Hund der Kollegin Dr. Christiane Gärtner (siehe hierzu unseren Schnappschuß auf S. 234).



ZA Ralf Wagner ging scharf mit dem Kollegen Dr. Jochen Bauer um. Dessen Fernsehauftritt am 27.3.2002 im WDR verurteilte der KZV-Chef als schlimme Polemik zu Lasten der Kollegenschaft und zum Schaden der Zahnheilkunde.



Dr. Wolfgang Eßer wehrte sich gegen die Behauptung der Ungleichbehandlung der Kieferorthopäden bei der Honorarverteilung: „Die Kieferorthopäden in Nordrhein sind bei der Budgetabrechnung immer sehr loyal behandelt worden.“

Fotos: Neddermeyer





Dr. Peter Engel



Dr. Winfried Will



ZA Bernd Schmalbuch

Anlässlich eines Workshops am 11. und 12. April 2002 in Bonn zur bedarfsge- rechten Versorgung zeigte sich Wagner entsetzt über die fortschreitende Büro-

kratisierung im Denken und Handeln der Verantwortlichen. Nicht ohne Stolz be- richtete er über die Honorarregelungen der KZV Nordrhein für das laufende

Jahr. Über diese Thematik wurde bereits im RZB 3/2002 berichtet. Festzuhalten ist, daß Nordrhein in einer ökonomisch schwierigen Phase bundesweit eine ge-



ZA Martin Hendges



Dr. Daniel von Lennep



Dr. Christoph Schuler

Technik für schöne Zähne!

Wir bieten Lösungen!

Technik für schöne Zähne! Ernst Oldtmann 40667 Meerbusch Fon 02132 - 75 45 12				Dentallabor Bernhardt Andres Bernhardt 40239 Düsseldorf Fon 0211 - 62 64 57
Klaus Manek GmbH Klaus Manek 47789 Krefeld Fon 02151 - 2 77 76				NK Dentallabor GmbH F. Nießen & H. Künne 40210 Düsseldorf Fon 0211 - 35 10 51
Plum & Janssen GmbH Reinhard Janssen 47799 Krefeld Fon 02151 - 95 980				Felix Dental - Labor Felix Gies 47533 Kleve Fon 02621 - 12 912
Form & Funktion Dental GmbH Reinhold Haß 45944 Essen Fon 0201 - 75 59 65	Dentallabor Alt & Schmidt GmbH Gerhard Schmidt 59065 Hamm Fon 02381 - 21 046	Hönighaus Zahntechnik GmbH G. Hönighaus & B. Wittgen 40547 Düsseldorf Fon 0211 - 55 51 99	Josmar Leithe Zahntechnik GmbH Josmar Leithe 47807 Krefeld Fon 02151 - 82 83 84	Dental - Technik Leysten Roderich Leysten 47906 Kempen Fon 02152 - 91 27 27





ZA Klaus Hammer



Dr. Andreas Schumann



Dr. Ulfert Broch

wisse Pilotfunktion übernommen hat. In den anderen Bundesländern sind die nordrheinischen Abschlüsse durchweg sehr positiv aufgenommen worden, und zwar insbesondere wegen ihrer inhaltlichen Vorgaben, aber auch deshalb, weil der sehr frühe Abschluß auch in den anderen KZVen einen bestimmten Verhandlungsdruck erzeugt.

Während Wagner in seinem Bericht sehr kritisch mit den Ersatzkassenverbänden umging, hob er dieses Mal den Leiter im Landesteil Nordrhein **Wolfgang Mudra** positiv als Verhandlungspartner hervor. „Nur zwei KZVen in Deutschland haben zur Zeit einen Vertragsabschluß für das Jahr 2002. Alle übrigen liegen im Clinch mit den Ersatzkassen.“

Bei der Berechnung der Kostenerstattungsfälle bei freiwillig Versicherten sind

den Ersatzkassen, hier vor allem der Barmer Ersatzkasse, von der KZV in 25 Prozent der Fälle Fehler nachgewiesen worden. Dieses ist umso ärgerlicher, als sich gerade die Barmer Ersatzkasse durch Anpreisung von Billig-Laboren und einseitigen Verlautbarungen massiv in das Arzt-Patient-Verhältnis einmischte. Da auch diese Thematik im RZB 5/2002 in aller Ausführlichkeit dargestellt wurde, sei an dieser Stelle auf eine weitere Berichterstattung dieser sehr ärgerlichen Problematik verzichtet.

Nicht weniger ärgerlich stellte sich für die Zahnärzteschaft ein Bericht im WDR-Fernsehen am 27. März 2002 dar. Auch hier spielte die Barmer Ersatzkasse eine unrühmliche Hauptrolle.

So wurde von **Thorsten Jacob** (BEK) in aller Öffentlichkeit behauptet, daß zehn

bis 15 Prozent aller Heil- und Kostenpläne zu Lasten der Patienten von den Zahnärzten falsch abgerechnet würden. Unterstützt wurde der Kassenvertreter bei seinen falschen Behauptungen durch den in Lohmar niedergelassenen Zahnarzt **Dr. Jochen Bauer**. Dieser unterstellte seinen Kollegen im Fernsehen, daß sie Leistungen abrechnen würden, die „es noch nicht einmal in der Privatgebührenordnung gibt. Die gibt es nirgendwo, das sind reine Phantasieprodukte.“

Ralf Wagner verurteilte die Äußerungen Bauers und bewertete diese als „polemischen Mist“. Er habe eine Anfrage an die Zahnärztekammer mit dem Ziel eines Berufsgerichtsverfahrens gegen den „Kollegen“ Dr. Jochen Bauer gestartet. Ebenfalls habe er sich in einem Schreiben an den Vorsitzenden der Bar-



ZA Carsten Appel



Dr. Ernst Goffart

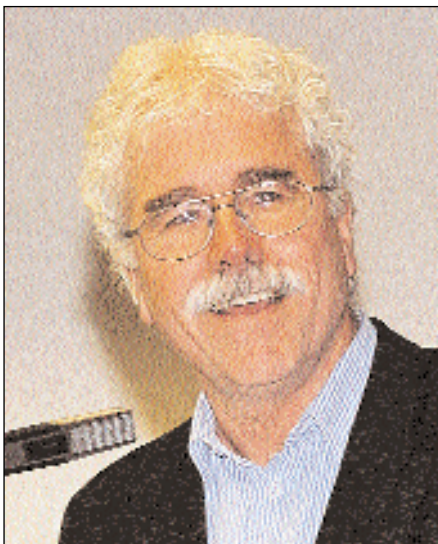


Dr. Reiner Konopka





Dr. Hans-Ulrich Gedigk



Dr. Berthold Fritz



ZA Marc Semper

mer Ersatzkasse **Dr. Fiedler** gewandt mit der Aufforderung, die neuerliche „Abzockerkampagne“ unverzüglich einzustellen.

Ein weiteres Kapitel im Bericht des Vorstandes unter der Überschrift „Ärgernis“ stellt die jährliche – gesetzlich veranlaßte – Budgetsituation dar. Bei einer Gesamtabrechnungssumme von mehr als zwei Milliarden DM im Jahre 2001 kann auch eine Budgetüberschreitung von „nur“ zwei Prozent ganz schön weh tun. Die Abwärtsspirale gehört zum Wesen der Budgets, und das gilt vor allem bei der Berechnung der landesweiten Betriebskrankenkassen-Budgets. Überschreitungen werden nicht bezahlt und Unterschreitungen nicht ausgeglichen. Über alle Kassenarten hinweg haben die Zahnärzte und Zahnärztinnen in Nordrhein im Jahre 2001 Leistungen im Werte von knapp 33 Millionen DM erbracht, die nicht vergütet wurden.

In seinem nahezu zweistündigen Bericht befaßte sich der nordrheinische KZV-Vorsitzende noch mit den Themen:

- Umsatzsteuerpflicht für Gutachten,
- Fremdkassenabrechnung und Wohnortprinzip,
- Verwaltungskosten der Krankenkassen,
- Pilotprojekt „Behandlungsquittung“ in Rheinland-Pfalz,
- Zeitmeßstudie der Krankenkassen,
- BAZ II-Studie der Zahnärzteschaft,
- BEMA-Neurelationierung,
- befundbezogene Festzuschüsse als Reformkonzept,
- Ablehnung von Vertrags- und Wahlleistungen im Parteiprogramm der SPD.

Wagner ging in seinem Schlußwort auch auf die Aussage im CDU-Programm: „Wir wollen alle Budgets abschaffen!“ ein und schloß mit dem abgewandelten römischen Spruch: „Ceterum censeo, die Zeit für befundorientierte Festzuschüsse ist reif.“

Im Gegensatz zur letzten Herbst-VV fühlten sich nach diesem Bericht viele nordrheinische KZV-Delegierte berufen, an der nachfolgenden Aussprache teilzunehmen. Es wurde dann auch vehement und kontrovers diskutiert, wobei das Themenspektrum aus dem Vor-

standsbericht noch erheblich ausgeweitet wurde. Wenn es auch manchmal etwas quer durch den Garten ging, so zeichneten sich alle Redner bei ihren Bemühen aus, die Lage aus vielen Blickwinkeln zu analysieren und die Situation für den Berufsstand zu verbessern.

Abschließend muß man festhalten, die Frühjahrs-VV der KZV Nordrhein gehörte zu den besseren Veranstaltungen. Es wurde mit guten Argumenten, klaren Köpfen und guter Kondition gefochten.

*Dr. Kurt J. Gerritz*



Dieter Krenkel (links) und der nordrheinische KZV-Vorsitzende Ralf Wagner im Gespräch. Seit Ende Februar sitzen beide wieder gemeinsam an einem Vorstandstisch. Nach der skandalösen WDR-Sendung am 17. 3. 2002 konnte Dieter Krenkel durch sein professionelles Auftreten in der „Aktuellen Stunde“ doch noch einiges geradebiegen.



# Angenommene Resolutionen und Anträge

## 1 Gegen Budgets

Jedes Gesundheitssystem, dessen Finanzierung durch Budgets gedeckelt ist, verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung und blockiert den medizinischen Fortschritt.

## 2 Gegen ein Oligopol der Krankenkassen

Ein Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen in Verbindung mit sog. Einkaufsmodellen würde ein Oligopol der Krankenkassen schaffen. Diese Übermacht der Krankenkassen wäre demokratisch weder legitimiert noch kontrollierbar. Preisdumping und

Massenproduktion würden bei gleichzeitig weiter steigenden Kosten zu einem Zusammenbrechen des hohen Qualitätsniveaus im deutschen Gesundheitssystem führen.

## 3 Für befundorientierte Festzuschüsse

Das starre Sachleistungsprinzip kann die Probleme des Gesundheitssystems nicht lösen! Nur befundorientierte Festzuschüsse sichern die solidarische Grundversorgung, stabilisieren nachhaltig die finanzielle Situation der GKV und lassen dem Markt „Gesundheit“ Entwicklungsspielraum zum Wohl des Patienten.

## 4 Modell Zahnheilkunde

Die Zahnheilkunde ist fachlich und verwaltungstechnisch von den anderen Gebieten der Medizin getrennt. Wenn eine allgemeine Einführung der befundorientierten Festzuschüsse politisch nicht durchsetzbar ist, bietet sich die Zahnheilkunde, in der bereits heute nur ein Teil der Leistungen von der GKV finanziert wird, für ein Modell zur Erprobung der befundorientierten Festzuschüsse im Sinne einer sog. sozialtechnischen, schrittweisen Systemreform an.

## 5 Antrag

Die Vorstände der KZV und der Kammern werden beauftragt, einen praktikablen Vorschlag für die nächste Vertreterversammlung bzw. Kammerversammlung in Sachen Todesanzeigen zu unterbreiten.

## Bundesweite Kostenstrukturerhebung

# Die KZBV bittet um Mitarbeit

Wie in den vergangenen Jahren führt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auf für das Jahr 2001 eine bundesweite Kostenstrukturerhebung in zahnärztlichen Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Parameter treffen zu können. Gerade in diesem Jahr wird ersichtlich, wie wichtig eine solide Datengrundlage für die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen ist. Bei der vom Gesetzgeber geforderten Neubeschreibung bzw. Bewertung zahnärztlicher Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung benötigt die KZBV umfangreiches Datenmaterial.

Die Einkommensdiskussion in der Öffentlichkeit wird immer wieder von veralteten und die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte falsch widerspiegelnden Meldungen beeinflusst. Daher ist es unerlässlich, diesen Fehlinformationen hieb- und stichfeste Daten über die tatsächliche Situation entgegenzusetzen. Nach dem dramatischen Einbruch im Bereich Prothetik im Jahr 1998 wird

auch das am 1. Januar 1999 in Kraft getretene GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz mit der Einführung einer strikten Budgetierung eine entsprechende Wirkung auf die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte gehabt haben. Hier gilt es, diese Entwicklung gegenüber dem Gesundheitsministerium, den Krankenkassen und der Öffentlichkeit klar zu belegen. Darüber hinaus kommt der Nachweis der steigenden Praxiskosten besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung liefern wertvolle Informationen für die notwendigen Vertragsgestaltungen in den einzelnen Ländern.

Zusätzlich liefern die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung wertvolle Informationen für verschiedene Aufgabenstellungen, sei es zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen von Zahnärzten (z. B. die Ermittlung von Verdienstausschlag im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten) oder zur Erstellung von Daten für Betriebsvergleiche der Zahnarztpraxen.

In die Erhebung einbezogen wurde ein repräsentativer Querschnitt der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte, wobei die Auswahl der Zahnärzte nach dem Zufallsprinzip erfolgte.

Die Erhebungsdaten werden in diesen Tagen von der KZBV an die zahnärztlichen Praxen versandt. Die Beteiligung an der Erhebung ist freiwillig, jedoch hängt die Aussagekraft wesentlich davon ab, daß möglichst alle Befragten antworten. Sowohl die KZBV als auch wir bitten daher alle Zahnärzte, die einen Fragebogen erhalten, diesen zu beantworten und ohne Absenderangabe an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Statistik – zurückzuschicken.

Die Anonymität der Einzeldaten und die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende Verarbeitung sind gewährleistet. Insbesondere wurden die Namen und die Anschriften der ausgewählten Zahnärzte nicht gespeichert.



Leben

Qualität



**Cavatron®**

ULTRASCHALL-DEBRIDEMENT

Neugierig?

DENTSPLY Service-Line für Deutschland 08000/735000 (kostenlos).

**DENTSPLY**  
DETREY



## ZE-Datenträgeraustausch

# Gerne möchte ich teilnehmen, aber ...

Bitte nehmen Sie am ZE-Datenträgeraustausch teil, indem Sie zur ZE-Abrechnung eine Diskette beifügen. Diese „Bitte an 98 Prozent der nordrheinischen Zahnärzte“, die zuerst im Rheinischen Zahnärzteblatt 4/2002 veröffentlicht wurde, stieß auf große Resonanz. Tagelang waren die Telefone der zuständigen Abteilung der KZV nahezu blockiert durch Anrufe von interessierten Zahnärzten, die weitere Informationen wünschten. Bereits im vergangenen Monat nahm außerdem der Anteil der

ZE-Abrechnungen, denen eine Diskette beigefügt war, deutlich zu. **(Leider kann auf die gleichzeitige Abgabe der Papierversion noch nicht verzichtet werden!)** Weitere Steigerungen sind laut Auskunft der zuständigen Sachbearbeiterinnen in den nächsten Monaten zu erwarten. Im Verhältnis zur Teilnahme bei der Leistungsart „KONS“, in der heute bereits über 90 Prozent der Praxen ihre Daten als Diskette liefern, sind die Prozentsätze aber immer noch gering. Gering sind sie auch im Vergleich zu anderen KZVen; bundesweit nehmen nämlich bereits etwa 30 Prozent der Praxen am ZE-DTA teil. Andernorts wird allerdings von Handabrechnern im Bereich ZE teilweise ein höherer Beitrag gefordert oder eine Bearbeitungsgebühr zwischen 1,00 und 2,50 € je eingereichtem Heil- und Kostenplan für die ZE-Erfassung erhoben.

### Das große „Aber“ – die Forderungen einiger Software-Anbieter

Stapelweise liegen allerdings auch kritische Schreiben auf dem Schreibtisch der Redaktion (vgl. bereits RZB 5/2002, S. 255). Sie richten sich allerdings nicht gegen die Bitte der KZV Nordrhein, sondern gegen verschiedene Anbieter von Praxis-Software. Auszugsweise nur einige Textpassagen:



- Eine Teilnahme am ZE-Datenträgeraustausch würde mich sehr interessieren. Doch nach Rücksprache mit meinem Software-Anbieter, Zahnarztrechner, kostet das Programm (Zusatzmodul) 400 € plus MwSt. Es gibt auch Software-Firmen, die es kostenlos anbieten. Vielleicht ist es Ihnen möglich, nach Erhalt mehrerer Schreiben dieser Art, den Preis für das Zusatzmodul zu senken.
- Wir möchten gerne am ZE-DTA teilnehmen. Unser Software-Anbieter CompuDENT verlangt für dieses Programm aber 299 € plus MwSt. Wir sind nicht bereit, eine solche Summe zu zahlen. Wir möchten Sie daher bitten, sich für uns bei CompuDENT einzusetzen.
- Unsere Praxis würde gerne die ZE-Abrechnung über Diskette durchführen. Das Problem ist aber, daß dieses Programm von der Firma Dampsoft gesperrt ist. Da wir es nicht einsehen, dafür sehr viel Geld zu bezahlen, wäre es nett, wenn wir mit Ihrer Unterstützung rechnen könnten.
- Nach Rücksprache mit der Firma CompuDENT entstehen für uns für die Freischaltung des Programms Kosten in Höhe von 400 € + MwSt. Diesen Betrag erachten wir nicht für angemessen.
- Aufgrund der Bitten der Verwaltung habe ich in meiner Praxis den ZE-DTA einführen wollen und festgestellt, daß

mein Software-Haus (ChreMaSoft) die Erweiterung der ZE-Abrechnung um den DTA-Abrechnungsschritt als neuen Programmteil betrachtet. Dadurch entstehen Lizenzkosten von einmalig ca. 620 € und zusätzliche Wartungsgebühren von 100 € im Jahr. Der bestehende Software Wartungsvertrag „umfaßt Programmanpassungen an allgemein gültige, bundesgesetzliche oder landesrechtliche Bestimmungen“. Bitte teilen Sie mir mit, ob es sich bei der Einführung des ZE-DTA um eine solche landesrechtliche Bestimmung handelt. *(Momentan findet der ZE-DTA nicht auf Grundlage bundesgesetzlicher oder landesrechtlicher Bestimmungen statt; Anm. der Redaktion).*

Diese und die zahlreichen weiteren Briefe, die der Redaktion vorliegen, haben zwei Dinge gemeinsam: Scharfe Kritik an einzelnen Softwarefirmen und die Bitte an die KZV um Unterstützung. Schließlich, so der Tenor, handele „es sich nicht etwa um ein Luxus-feature“, sondern um einen Programmbestandteil, der über kurz oder lang sowieso zwingend erforderlich sein wird.

### Teilnahme am ZE-DTA dennoch sinnvoll

Momentan wird in der KZV über verschiedene Möglichkeiten des weiteren Vorgehens nachgedacht. Vorstand, Geschäftsführung und zuständige Abteilung haben großes Verständnis für die Verärgerung der Betroffenen. Aber auch diejenigen, die mit hohen Forderungen ihrer Software-Anbieter konfrontiert werden, sollten nicht vergessen, daß es um eine Verringerung der Verwaltungskosten in noch weit größerer Höhe geht: Das Sparpotential pro Praxis und Jahr liegt bei etwa 1 000 €! Dazu ist allerdings eine ebenso breite Beteiligung der nordrheinischen Praxen am ZE-Datenträgeraustausch notwendig, wie sie in Nordrhein bei der Leistungsart „KONS“, in anderen KZVen auch beim ZE-DTA bereits üblich ist.

Ein Bericht über erste Reaktionen der Software-Anbieter folgt in RZB 7–8.

Dr. Uwe Neddermeyer

Berichte über gute und schlechte Erfahrungen mit seiner Praxissoftware bzw. dem Herstellerservice nimmt die Redaktion des RZB (Lindemannstraße 34–42, 40237 Düsseldorf, Fax 02 11 / 9 68 43 32) gerne entgegen.



**20 Jahre**  
**INFODENTAL** 2002

**2** Tage lang:

**Oh, Happy day!**



**ZUM**  
**JUBILÄUM**

Messe Düsseldorf · Halle 1+2  
Freitag 27.09.02: 14.00-20.00 Uhr  
und Samstag 28.09.02: 9.00-15.00 Uhr

Ihre Dental-Depots laden ein:

Delbeck • Denedis Dental Depot • Dentimod • Gerl • Hager Dental • Hauschild • Koblschein • Nohl Dental • Nordwest Dental  
(mit den NL Alpha Dental, Wilh. Bulk, MPS) • Pluradent (mit den NL Mertmann/Huxhol, Peter Klein, Pluradent Esson) • van der Van-Dental



## Qualitätssicherung in der Zahnmedizin

# Diktat der Gesundheitsökonomie

Von Dr. Rüdiger Butz

Vereinfacht formuliert, ist für die Gesundheitsökonomien ein angestrebtes optimales, qualitativ-fachliches Behandlungsergebnis im Individualfall nur von untergeordnetem Interesse. Im Vordergrund steht demgegenüber eine kollektive Betrachtungsweise der Versorgung, also die Frage, wie ein qualitatives Optimum zu möglichst geringen Kosten erreicht werden kann. Es geht hier vorrangig um eine volkswirtschaftliche Betrachtungsweise, was die Zahnmedizin bei den gegebenen Ressourcen leisten kann.

Folglich hat eine gesundheitsökonomische Betrachtungsweise der Qualitätssicherung zunächst einmal nichts mit der Qualität des Behandlungsergebnisses zu tun, sondern mit dem Leistungsniveau. Es erhebt sich die Frage, was der einzelne Versicherte von der Zahnmedizin erwarten kann. Dieser Aspekt steht gegenwärtig im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion, wenn es um das Thema Qualitätssicherung geht. Die Bevölkerung hingegen versteht bei dieser Diskussion die Sicherung der Qualität des individuellen Behandlungsergebnisses.

### Zur gesundheitsökonomischen Betrachtungsweise bei der Qualitätssicherung

In der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen werden zunehmend Finanzierungsprobleme diskutiert, die sowohl aus der Einnahmen- als auch aus der Ausgabenseite resultieren.

Bei einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung kommen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin sowohl bei der Lösung von Versorgungsfragen innerhalb der Bevölkerungsgruppen als auch bei der Entwicklung von Steuerungsinstrumenten auf der Systemebene zum Einsatz. Dabei können eine gesundheitsökonomisch evidenzbasierte Versorgung (Geldnutzen) und eine befundorientierte evidenzbasierte klinische Medizin (Heilnutzen) dann zueinander

in ein Spannungsfeld geraten, wenn begrenzte Ressourcen nicht zur optimalen Versorgung von Bevölkerungsgruppen führen.

Infolge der Weiterentwicklung der Leitlinie zum gesundheitsökonomischen Steuerungsinstrument ist der Schritt zur evidenzbasierten Leitlinie zwar einerseits nur konsequent, entfernt sich andererseits aber immer weiter weg von der Individualmedizin, hin zur allgemeinen evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Hierbei kommen die Prinzipien der evidenzbasierten Zahnmedizin zur Lösung von Versorgungsfragen von Bevölkerungsgruppen und zur Entwicklung von Steuerungsinstrumenten auf der Systemebene (Staat, Gesellschaft) zum Einsatz.

Die evidenzbasierte Medizin strebt eine wissenschaftlich erwiesene, statistisch „erfolgreiche“ Therapieform an, womit eine individuell ausgerichtete Therapie zugunsten einer Kollektivversorgung veranlaßt wird, da zur Behandlung einer bestimmten Krankheit erfolgreiche Therapiemaßnahmen vorgegeben sind und mithin die differenzierten individuellen Therapiemaßnahmen unterbleiben. Stellt man sich vor, daß unter dem oben gezeigten Blickwinkel „erfolgreiche“ Behandlungsmaßnahmen auch noch nach gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden, könnte sich das Therapiespektrum schnell erheblich einschränken.

Bei Problemlösungen, die von der Ebene des Gesundheitssystems ausgehen, hat sich die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung von der evidenzbasierten klinischen Medizin abgegrenzt und eigene interpretatorische Denksätze entwickelt.

Ziel der Gesundheitsökonomien ist es vorrangig, mit festgelegten Indikatoren (Meßgrößen) das Gesundheitswesen von der Systemebene her zu steuern. Dabei sollen die Ärzte, Zahnärzte u. a. Heilberufler insoweit eingebunden werden, als sie ihre Patienten gemäß den Zielvorgaben gesundheitsökonomischer

Im RZB 4 und 5/2002 hat sich Dr. Rüdiger Butz mit der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin beschäftigt, wie sie in dem Grundlagenpapier der Zahnärztekammer Nordrhein dargestellt ist. In einem weiteren Teil der Studie der Zahnärztekammer Nordrhein geht es um die Auseinandersetzung mit der gesundheitsökonomischen Betrachtungsweise von Qualitätssicherung.

Leitlinien versorgen. Der Versorgungsumfang und das Versorgungsniveau werden extern festgelegt; um das vorgegebene Ausgabenvolumen in einem begrenzten Rahmen zu halten.

Durch den Einsatz von Steuerungsinstrumenten auf der Systemebene kommt es zu dirigistischen Eingriffen in Behandlungsentscheidungen und -abläufe der klinischen (Zahn-)Medizin, um durch eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung bei begrenzten kollektiven Ressourcen eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Damit wird der Einsatz von Behandlungsmethoden und -mitteln, die auf fachlich-wissenschaftlichen Leitlinien im Sinne der optimalen individuellen Versorgung basieren, nachhaltig in Frage gestellt, wenn nicht sogar unmöglich gemacht.

Dem gegenüber zu stellen sind die folgenden, fachlich fundierten Vorstellungen für die individuelle zahnmedizinische Versorgung:

- Die Beratung und Behandlung des Patienten hat befundorientiert nach medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien zu erfolgen.
- Qualitätsorientierte Praxisführung, systematisches Qualitätsmanagement und die Behandlung auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien werden zukünftig vermehrt in den Vordergrund treten.
- Der Zahnarzt hat sich bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an wissenschaftlich fundierten Leitlinien und nicht an ressourcenabhängigen und bedarfsorientierten Richtwerten, die wortgleich auch als Leitlinien definiert wurden, auszurichten.
- Selbst Gesundheitsökonomien zweifeln an der Praxisrelevanz gesundheitsökonomischer Strategien mit



Hilfe von Leitlinien. Demzufolge gibt es bisher keine ausreichende Evidenz für eine grundsätzliche Qualitätsverbesserung durch die Anwendung einer evidenzbasierten Strategie.

- Die Übertragung sog. erfolgreicher Praxisstrukturen auf andere Praxen kann ohne Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Kriterien auf Dauer zu personellen und ökonomischen Zwängen führen.

## Praktisches Qualitätsmanagement am Beispiel der Prävention

Dieser Themenkomplex soll am Beispiel eines Vortrags von Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann illustriert werden, der im Juni 1999 anlässlich der Tagung der Bundeszahnärztekammer zum Thema „Prävention und Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin“ in Brüssel gehalten wurde.

Aktivitäten im Hinblick auf das Qualitätsmanagement sind wesentlicher Bestandteil der kurativen Zahnheilkunde.

Nachdem sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel von der kurativ-restaurativen hin zu einer präventiv orientierten Zahnheilkunde vollzogen hat, stellt sich die Frage nach den damit verbundenen Auswirkungen auf das Qualitätsmanagement.

Auch hier gilt die sozialgesetzlich basierte Forderung, daß die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind sowie wirtschaftlich und in der „fachlich gebotenen Qualität“ erbracht werden müssen.

Dafür ist ein systematisches Qualitätsmanagement erforderlich, denn auch präventive zahnärztliche Maßnahmen verbrauchen Ressourcen des Gesundheitssektors, die dann nicht mehr für kurativ-restaurative Leistungen in hoher Qualität zur Verfügung stehen. Anders als bei diagnostischen oder kurativen Leistungen sind hier jedoch einige Besonderheiten zu beachten, die das Qualitätsmanagement weitaus schwieriger gestalten.

Zunächst gilt es, die unterschiedlichen Formen präventiver Leistungen vonein-

ander abzugrenzen, für die qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen durchzuführen sind.

## Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Primärpräventive Maßnahmen zielen darauf ab, das erste Auftreten von Gesundheitsschäden und -störungen zu vermeiden, indem die dafür ursächlichen Faktoren beseitigt werden (z. B. kollektivprophylaktische Maßnahmen der Trinkwasserfluoridierung oder gruppenprophylaktische Maßnahmen in Schulen).

Als Sekundärprävention werden Leistungen zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten in einem Frühstadium bezeichnet, in dem noch Aussicht auf Heilung bestehen sollte; zumindest aber müssen Verlauf und Prognose einer Krankheit erwiesenermaßen günstig beeinflussbar sein (z. B. schulzahnärztliche Screeninguntersuchungen, Fissurenversiegelung).

## MED. IN GERMANY PLANEN. GESTALTEN. AUSBAUEN. ALLES AUS EINER HAND.

Erfolg beginnt mit einer guten Planung: *made by Basten.*  
Gehen Sie den problemlosen und preiswerten Weg. Nutzen Sie unsere Erfahrung und die Möglichkeit mit uns als Generalunternehmer Ihr Vorhaben zu realisieren. Ob Ausbau oder Sanierung- komplett oder als Einzelleistung. Nutzen Sie unsere Praxis für Ihre Praxis.



**basten**  
PRAXISEINRICHTUNGEN

Heinrich-Horten-Str. 8b  
47906 Kempen

Fon 02152/5581-30  
Fax 02152/5581-28

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



Bei den tertiärpräventiven Leistungen handelt es sich um rehabilitative Maßnahmen der individuellen Intensivprophylaxe, die zumeist von Zahnärzten durchgeführt werden.

## Vielzahl verantwortlicher Akteure als Besonderheit der Prävention

Diese Aufzählung macht deutlich, daß bei der zahnmedizinischen Prävention nicht ein einziger Akteur für die Qualität der Versorgung und die Durchführung entsprechender qualitätssichernder und -verbessernder Maßnahmen verantwortlich ist, sondern ein kompliziertes Geflecht von Zahnärzten, Prophylaxehelfern und gesundheitspolitischer Entscheidungsträger in den verschiedenen Versorgungsphasen. Alle gemeinsam sind zudem auf die Kooperation der Patienten angewiesen, ohne deren Mitarbeit jede präventive Bemühung erfolglos bliebe.

Die allgemeine Definition von Qualität hat im Bereich der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren einen ähnlichen Paradigmenwechsel durchlaufen wie die neue, präventive Ausrichtung der Zahnheilkunde. Nachdem lange Zeit bei der Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität vor allem die klinisch-technische Qualität der Versorgungsprozesse im Vordergrund stand, rückt heute die Ergebnisqualität – also Veränderungen des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit – unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Die Vielzahl von Akteuren bei präventiven Leistungen bedingt, daß für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement deren jeweiliges Verständnis von Qualität geklärt werden muß. Was für den einzelnen Zahnarzt eine qualitativ hochwertige und notwendige Leistung bei der Intensivprophylaxe ist, halten Krankenversicherer möglicherweise für überflüssig. Nur ein gemeinsames Verständnis von der Qualität in der Prävention jedoch ermöglicht eine Definition gemeinsamer Zielkriterien für das Qualitätsmanagement.

## Bedeutung effektiver Maßnahmen

Voraussetzung für ein systematisches Qualitätsmanagement der Prävention

ist, daß wissenschaftlich als effektiv belegte präventive Maßnahmen existieren, die häufig in Form von Richt- oder Leitlinien vorliegen, deren Basis wiederum eine Sammlung von Studien unterschiedlicher wissenschaftlicher Evidenz bildet.

Weltweit gibt es einige wenige solcher Leitlinien für präventive zahnheilkundliche Leistungen, wie zum Beispiel die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Fissurenversiegelung sowie deren Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden oder die amerikanischen Leitlinien für die Patientenberatung zur Vermeidung dentaler Erkrankungen und zur Durchführung von Screening-Untersuchungen. Insgesamt fehlt es bislang aber an einer differenzierten Betrachtung und Auflistung von Leitlinien, welche die unterschiedlichen Ansatzpunkte der primären, sekundären und tertiären zahnheilkundlichen Prävention einschließt.

Ein Grund dafür könnte der Mangel an wissenschaftlichem Nachweis der Wirksamkeit präventiver Leistungen im Bereich der gesundheitserzieherischen Maßnahmen unter Feldbedingungen sein. Einzelne Arbeiten belegen zwar diese Wirksamkeit, teilweise sogar die Kosteneffektivität von Programmen zur primären und sekundären Prävention unter Experimentalbedingungen. Es zeigt sich, daß das Wissen und die Einstellung der Betroffenen zur Mundgesundheit damit verbessert werden können. Gemessen an harten Ergebnismaßen wie der Reduktion von Plaque und Parodontopathien können zumeist nur geringe Effekte erzielt werden.

Damit ist das grundlegende Konzept der Gesundheitserziehung in Frage zu stellen, ob wirklich ein Mehr an Gesundheitswissen zu einer veränderten Gesundheitseinstellung und damit zu einem gesundheitsbewußteren Verhalten führt, das wiederum an objektiv meßbaren Ergebnisparametern ablesbar ist. Gerade in der Prävention hat man es oft mit dem bekannten Phänomen der Übertragungslücke zwischen Wissen, Einstellung und aktuellem Verhalten zu tun, das als KAP-Gap (Knowledge-Attitude-Performance-Gap) bezeichnet wird.

Aus der Forschung über die Effektivität von Patientenschulungsprogrammen für Asthmatiker ist bekannt, daß solche Programme insbesondere dann wirk-

sam sind, wenn sie durch ein kontinuierliches ärztliches Monitoring von Symptomen und Wiederauffrischung der Schulungsinhalte unterstützt werden. Übertragen auf die Zahnheilkunde entspricht dies genau dem Weg, der dem Konzept „Lebenslange Prophylaxe“ zugrunde liegt: Basisprophylaxe in Form von gruppenprophylaktischen Maßnahmen im öffentlichen Sektor und unterstützende Individual- und ggf. Intensivprophylaxe durch die niedergelassene Zahnärzteschaft.

## Qualitätsmanagement in der Prävention

Nach der internationalen Norm DIN EN ISO 8402 versteht man unter Qualitätsmanagement „jene Tätigkeiten des Gesamtmanagements, mit denen die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festgelegt sowie diese durch Qualitätsplanung, Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklicht werden“ (DIN 1992).

Die allgemein empfohlene Technik des Qualitätsmanagements entspricht dabei einem Regelkreis aus Zielformulierung und Planung einer Maßnahme, Durchführung, Ist-Soll-Vergleich, evtl. Verbesserung und erneutem Ist-Soll-Vergleich. Diesem Regelkreis liegt der aus der QM-Literatur bekannte PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) von Edward Deming zugrunde, der die folgenden Schritte beinhaltet:

Zunächst geht es um die Auswahl des Versorgungsaspekts und Identifikation jener präventiven Leistungen, die den größten Nutzen von einem Qualitätsmanagement haben.

Daran anschließend erfolgt die Formulierung von Qualitätsindikatoren als Meßgrößen für Teilaspekte der Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität. Dabei lassen sich für die beiden ersten Kriterien Qualitätsindikatoren und dazugehörige Referenzbereiche, die für gute bzw. unauffällige Qualität präventiver Maßnahmen stehen, aus evtl. vorhandenen Richtlinien oder Leitlinien ableiten.

Im nächsten Schritt werden die aktuellen Ausprägungen solcher Indikatoren im Rahmen einer systematischen Handlungsbeobachtung gemessen und in einer Datendokumentation zusammengefaßt. Die Auswertung der Beobachtungsergebnisse in Form von Querschnitt- und Längsschnittdarstellungen



erfolgt typischerweise sowohl für einzelne Leistungserbringer (intern) als auch über verschiedene Leistungserbringer hinweg (extern). Durch Vergleiche mit den Referenzbereichen oder früheren Ergebnissen werden Verbesserungspotentiale in der Versorgung identifiziert und als Ausgangspunkt einer Qualitätsverbesserung genutzt. Ziel ist es, die jeweils besten Leistungserbringer zu erkennen und die jeweils zugrunde liegenden Versorgungsprozesse auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen.

Diese Übertragung und die eigentliche Qualitätsverbesserung findet im fünften Schritt statt. Für Versorgungsaspekte, die verbesserungswürdig erscheinen, wird mit Hilfe des Qualitätsverbesserungs-Zyklus nach Ursachen und Problemlösungen gesucht. Derartige Tests finden häufig in Qualitätszirkeln statt, die inzwischen auch von Zahnärzten als Ansatz zur Problemursachen-Analyse und zum Erarbeiten von Problemlösungen erprobt wurden.

## Weiterentwicklung ist notwendig

Angesichts des erheblichen Ressourceneinsatzes für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz in Deutschland und der Umorientierung der Zahnheilkunde gewinnt das Qualitätsmanagement zahnheilkundlicher Prävention stark an Bedeutung. Dabei muß es sich der Tatsache stellen, daß verschiedene Akteure auf der Individual- und der Bevölkerungsebene mitverantwortlich sind. Entscheidend für den Erfolg präventiver Maßnahmen ist zum einen die Einbeziehung der unterschiedlichen Qualitätsforderungen in das Qualitätsmanagement und zum anderen die Bereitschaft der Klienten/Patienten zur Mitarbeit sowie die Schaffung qualitätsorientierter Steuerungsmechanismen auf der Seite der Zahnärzteschaft.

Vordringlich benötigt werden dafür insbesondere:

- Evidenzbasierte und kosteneffektive Leitlinien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität, die die Präferenzen der Klienten/Patienten berücksichtigen.
- Qualitätsindikatoren und darauf aufbauend regionale sowie leistungsträgerbezogene Qualitätsberichte mit dem Ziel größerer Transparenz und um eine größere Betroffenheit bei den verschiedenen Akteuren, z. B. der Ge-

sundheitspolitik und der Klienten/Patienten, zu erzeugen.

- Eine Problemanalyse, um geeignete Lösungsansätze zu finden.
- Techniken, um die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur in die Köpfe zu bringen, sondern auch in das Handeln einfließen zu lassen.

Die zuletzt genannte Forderung ist sicherlich die schwierigste und läßt sich nur durch entsprechende Anreizsysteme realisieren, wie sie ja zum Teil schon erprobt, aber nur unzureichend hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert wurden (z. B. Nachlässe bei der Zuzahlung der Patienten, wenn gute sekundäre Prävention nachgewiesen wird oder spezielle Vergütungspositionen für die Leistungserbringer). Für ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement der zahnheilkundlichen Prävention stehen also noch wichtige Herausforderungen auf der Tagesordnung.

## Die Bedeutung der Patienten-Compliance

Für die weitaus meisten zahnmedizinischen Probleme gibt es keine Patentlösungen; der medizinische Fortschritt, der internationale Austausch und zunehmende Spezialisierung führen zur Entwicklung hochdifferenzierter Behandlungsmethoden. Dabei hat die Entscheidung für eine bestimmte Behandlung unter sorgfältiger Abwägung aller Umstände des Einzelfalles zu erfolgen. Neben den objektiven Befunden beeinflussen die Vorstellungen und Wünsche des Patienten die Entscheidung ebenso wie die therapeutischen Möglichkeiten.

Daher sind diejenigen gesundheitspolitischen Denkansätze zu begrüßen, bei denen es um ein Gesundheitssystem geht, das einerseits die Selbstbestimmungsansprüche der Patienten achtet, andererseits aber auch die Eigenkompetenz der Patienten – und damit implizit die Verpflichtung zur Eigenverantwortung (Compliance) stärkt. Nur unter dieser Prämisse kann eine Gesundheitsförderung Erfolg haben, wenn sie nachhaltig die Vorsorge stärkt.

Die anstehende Reform des Gesundheitswesens, die neben anderen Aspekten gerade auch eine stärkere Ausrichtung auf die Prävention, auf die befundorientierte Behandlung mit zahn-erhaltenden bzw. präventiven Leistungen und auf die Qualitätssicherung in der

zahnmedizinischen Versorgung anstrebt, setzt damit ein wichtiges Signal. Konsequenterweise ist damit auch die angestrebte Weichenstellung, die Gesundheitsförderung, die Prävention in Eigenverantwortung und die Souveränität der Patienten beim Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit zu stärken. Dies gilt bis hin zu dem Postulat, daß im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung die Investitionen in die eigene Gesundheit, vor allem dann, wenn noch keine offene Erkrankungssymptomatik besteht, im wohlverstandenen Interesse und in der Eigenverantwortung des einzelnen liegen und keine Ansprüche gegenüber solidarisch finanzierten Sicherungssystemen abgeleitet werden können.

Eine ursachengerechte Therapieausrichtung kann bei kritischer Analyse immer nur in der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient definiert werden. Bei der Evaluierung der Ursachen sind neben der vom Patienten zu erwartenden Compliance, im Gegensatz zu seinem bisher gezeigten Gesundheitsverhalten, letztlich auch die sozialen Grundhaltungen in der Gesellschaft entscheidend. Solange die fragwürdige Haltung fortbesteht, man habe ja auf Grund der Beitragszahlungen einen Anspruch auf Kostenerstattung oder -übernahme, kann kein Umdenken in dem politisch geforderten Sinn bewirkt werden. Hier muß verdeutlicht werden, daß der Egoismus des einzelnen nicht mit einem Solidarsystem vereinbar ist.

Das sensible, diffizile und komplexe Geschehen im zahnmedizinischen Bereich erfordert zwingend ein Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Dies gilt vor allem für komplizierte und umfangreiche Behandlungen. Ein stabiles Vertrauensverhältnis ist auch Voraussetzung dafür, daß der Patient für eine eigenverantwortliche Mitarbeit auf Dauer gewonnen und ggf. auch zur Reduzierung eines gesundheitsschädigenden Verhaltens motiviert werden kann.

Nur wenn die hier erläuterten Zusammenhänge von allen Beteiligten verstanden und akzeptiert werden, ist eine Behandlung möglich, die über die bloße Befriedigung von Augenblickserfordernissen hinausgeht.

*Nachdruck aus den  
„Gesellschaftspolitischen Kommentaren“,  
Ausgabe 4/2002*



Die Bundeszahnärztekammer gibt bekannt

# Abschluß einer Nachhaftungsversicherung

In die von den Zahnärzten abgeschlossenen Versicherungsverträge über eine Haftpflichtversicherung werden regelmäßig die Allgemeinen Haftungsbedingungen (AHB) einbezogen. Die AHB definieren den Umfang sowie die zeitlichen und sachlichen Voraussetzungen des Versicherungsschutzes. Zu den zeitlichen Aspekten ist festgelegt:

## 1 Gegenstand der Versicherung

1. Die Versicherung gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, daß er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

Von den Versicherern wird diese Klausel regelmäßig dahin ausgelegt, daß maßgeblich der Zeitpunkt des Verletzungszustandes ist (sogenannte Folgeereig-

nistheorie). Liegt dieser nach der Praxisaufgabe, bestünde kein Versicherungsschutz mehr. Zur Absicherung des verbleibenden Haftungsrisikos werden von den Versicherern Nachhaftungsversicherungen angeboten.

Das OLG Nürnberg gelangt in seinem Urteil vom 18. Mai 2000, Az. 8 U 4755/99, zu dem Ergebnis, daß in Auslegung des Vertrages die Kausalereignistheorie anwendbar sei. Wir haben bereits berichtet. Nach dem Urteil wäre auf den Zeitpunkt der Handlung abzustellen, die zu dem Schaden geführt hat. Da diese Handlung notwendig während der Zeit der Praxistätigkeit erbracht worden sein muß, bestünde für den Abschluß einer Nachhaftungsversicherung keine Notwendigkeit.

Der Zustand nach der Entscheidung des OLG Nürnberg kann nach wie vor nicht als befriedigend empfunden werden, da die rechtliche Unsicherheit verbleibt, ob die Versicherer in der Praxis der Sichtweise folgen, oder nach wie vor die Haftung unter Berufung auf die Folgeereignistheorie ablehnen. Um Aufklärung zu erlangen, haben wir uns mit Schreiben vom 19. März 2002 an den Gesamtver-

band der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) gewandt. Wir haben um Mitteilung gebeten, welche Empfehlungen für die Versicherer bestehen und welchen Standpunkt der GDV zu dieser Frage bezieht.

Die Antwort des GDV vom 22. März 2002 liegt uns nunmehr vor.

Der GDV vertritt die Ansicht, daß der Entscheidung des OLG Nürnberg kein Problem der Nachhaftungsversicherung zugrunde lag. Vielmehr sei der Schaden (hier Schädigung des Rückenmarks) noch während der Versicherungszeit eingetreten, so daß eine Eintrittspflicht nach beiden Theorien bestünde. Im übrigen hält der GDV daran fest, daß für „den gesamten Bereich der Allgemeinen Haftpflicht“ von der Folgeereignistheorie (bzw. Schadensereignistheorie) auszugehen sei.

Solange die Versicherungswirtschaft diese Sichtweise nicht aufgibt, wird den Zahnärzten der Abschluß einer Nachhaftungsversicherung zu empfehlen sein. Lehnt die Versicherung im Falle eines Falles die Deckung ab, bliebe dem Zahnarzt nur der Gang zu den Gerichten; mit dem bekannten Risiko, daß das angerufene Gericht der Sichtweise des OLG Nürnberg nicht folgt. Mit Blick auf die regelmäßig erhebliche finanzielle Tragweite ist die Eingehung dieses Risikos sicherlich zu rechtfertigen.

Berlin, den 3. April 2002  
RA René Krousky

Zulassungsausschuß Zahnärzte der KZV Nordrhein

## Sitzungstermine 2002

Mittwoch, 26. Juni 2002

Mittwoch, 24. Juli 2002

Mittwoch, 11. September 2002

Mittwoch, 30. Oktober 2002

Mittwoch, 27. November 2002

Mittwoch, 11. Dezember 2002

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.**



## Amtliche Mitteilung

# Vollzug des Medizinproduktegesetzes (MPG)

Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten

Mit dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Zweiten Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes (2. MPG-ÄndG) wurde § 4 Absatz 2 der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) geändert. Danach ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, daß der Erfolg

dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Eine ordnungsgemäße Aufbereitung wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ beachtet wird. Die Empfehlung ist im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001): 1115 – 1126 veröffentlicht.

Die Beschlußempfehlungen und der Bericht des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages (Drucks. 14/7331) führen dazu aus:

„Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß ... die Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten zum Teil bei den Betreibern von Medizinprodukten nicht bekannt sind, zum Teil nicht mit der gebotenen Ernsthaftigkeit beachtet wurden. Dies ist im Interesse des Gesundheitsschutzes der Patientinnen und Patienten, aber auch der Anwender nicht länger hinnehmbar .... Von entscheidender Bedeutung ist zudem, daß die Qualität der Aufbereitung von den zuständigen Behörden kontrolliert wird.

Mit Inkrafttreten dieser Regelung sind die Länder aufgefordert, die Aufbereitung von Medizinprodukten, die bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommen, verstärkt zu überwachen.

Die zuständige Aufsichtsbehörde, das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, teilte mit Schreiben vom 18. März 2002 (Az.: III B 5-0622.6.4) mit, daß die nordrhein-westfälischen Behörden sich flächendeckend von der Einhaltung der o. a. Rechtsvorschriften überzeugen werden.

## MED. IN GERMANY PRAXIS MIT PROFIL

Praxis-Marketing beginnt beim ersten Eindruck: Mit einem Ambiente, das sich abhebt – *made by Basten*. Optimal in puncto Design, Qualität, Funktionalität und Preis. Denn wir haben die Praxis für Ihre Praxis.

Rufen Sie uns an: 02152/5581-30



Profesio

Contura Vision

Contura

Ambiente

Contura Art



**bASTEN**  
PRAXISEINRICHTUNGEN

Ausstellungsobjekte zum reduzierten Vorzugspreis.

Heinrich-Horten-Str. 8b  
47906 Kempen

Fon 02152/5581-30  
Fax 02152/5581-28

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



# Auch auf einen Phantomlohn fallen Beiträge an

Sozialversicherungen prüfen strenger/Beiträge richten sich nach dem vergleichbaren Lohn in der Praxis

Niedergelassene Ärzte, die ihren Arzthelferinnen oder ihren Putzhilfen einen zu niedrigen Lohn zahlen, müssen anpassen. Denn dies kann dazu führen, daß sie möglicherweise Sozialversicherungsbeiträge nachzahlen haben. Die „Ärzte Zeitung“ fragte den Geschäftsführer der Steuerberatungsgesellschaft Metax, Rechtsanwalt Luis Fernando Ureta, nach der Rechtslage.

Dr. Erhard G. aus dem Rheinland traute seinen Ohren nicht, als er nach einer Betriebsprüfung durch Mitarbeiter einer Krankenkasse gesagt bekam, er solle für seine zwei Arzthelferinnen, die auf 630-DM-Basis bei ihm arbeiten, Sozialversicherungsbeiträge für drei Jahre nachzahlen. Die Prüfer stellten sich auf den Standpunkt, daß den Arzthelferinnen tarifvertraglich ein 13. Monatsgehalt zustehe, folglich müsse bei der Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge auch dieses nicht bezahlte 13. Monatsgehalt beitragsmäßig berücksichtigt werden.

## Beiträge richten sich nach dem geschuldeten Gehalt

„Zahlt ein Arzt einer Mitarbeiterin weniger, als dieser vertraglich zusteht, so bemessen sich die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge und die Lohnsteuer grundsätzlich an dem tatsächlich geschuldeten Gehalt, dem sogenannten Phantomlohn“, sagt Rechtsanwalt Ureta der „Ärzte Zeitung“. Hierbei sei es ohne Bedeutung, daß beispielsweise die Arzthelferin ihre Ansprüche nicht geltend gemacht hat.

### Miet-/Renditeobjekt

Öhringen (Große Kreisstadt/Nordwürttemberg)  
125m<sup>2</sup>, Toplage, Parkplätze, MwSt. frei,  
dzt als Zahnarztpraxis vermietet  
Von privat zu vermieten oder zu verkaufen.  
Tel. ab 19.00 Uhr: 0 79 41 / 3 33 60  
E-Mail: Werner\_Hesse@t-online.de

Eine solche Konstellation wird nach Aussage von Ureta besonders dann brisant, wenn beispielsweise die ursprünglich als geringfügig beschäftigte Arzthelferin oder Putzhilfe aufgrund des Phantomlohns rückwirkend in die Gruppe der vollbeitrags- und steuerpflichtigen Arbeitnehmer rutscht. Nach der alten Rechtslage bedeutete dies für die Lohnansprüche bis zum 31. März 1999 ein Mehr an Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von etwa 2000 Euro pro Person und Jahr, für die Zeit ab dem 1. April 1999 etwa 800 Euro pro Person und Jahr. Daneben drohen aber auch Steuernachzahlungen. Ein solcher Phantomlohn ist in der ärztlichen Praxis jedoch eher selten, bemerkt der Jurist. Typische Fälle sind:

- Lohnansprüche aus allgemeinverbindlichen Tarifverträgen, welche den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber binden,
- im Arbeitsvertrag wird auf die Regelungen eines Tarifvertrages verwiesen,
- die Teilzeitkraft wird schlechter bezahlt als vergleichbare Vollzeitkräfte.

Der wichtigste Fall aus der Prüfungspraxis der Sozialversicherungsträger ist der allgemeinverbindliche Tarifvertrag, welcher vom Arbeitgeber nicht beachtet wird. Da die Tarifverträge der Arzthelferinnen nicht allgemeinverbindlich sind, droht hier zunächst keine Gefahr. Der Tarifvertrag für Reinigungskräfte ist zwar allgemeinverbindlich, jedoch nur für Arbeitgeber aus dem Reinigungsgewerbe. Niedergelassene Ärzte sind also nicht regelmäßig an diesen Tarifvertrag gebunden.

Bedeutsamer sind die Fälle, in denen im jeweiligen Arbeitsvertrag auf den Tarifvertrag der Arzthelferinnen verwiesen wird, der Arzt als Arbeitgeber die Lohnsteigerung des Tarifvertrages aber nicht umsetzt oder übersieht, daß der Tarifvertrag für Sonn-/Feiertage einen Zuschlag vorsieht. In diesen Fällen kann bei knapper Kalkulation schnell die Geringfügigkeitsgrenze überschritten werden. Bei einer Sozialversicherungsprüfung kann es in einem solchen Fall zu unliebsamen Überraschungen kommen.

Gleiches gilt, wenn die geringfügig beschäftigte Arzthelferin einen niedrigeren

Stundenlohn als vergleichbare Kräfte aus der Praxis erhält oder als einzige kein 13. Monatsgehalt. Auch dann ist für die Bemessung der Sozialversicherungsbeiträge regelmäßig der höhere Vergleichslohn maßgeblich. Die Ungleichbehandlung wäre nur gerechtfertigt, wenn es dafür sachliche Gründe gibt. Diese hat der Arbeitgeber aber zu beweisen.

## Rückgriff auf die Mitarbeiter ist nur teilweise möglich

Die Sozialversicherungsansprüche können regelmäßig für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren rückwirkend geltend gemacht werden. In der Regel hat dies zur Folge, daß der Arbeitgeber die gesamten Beiträge erstatten muß und wegen der Arbeitnehmeranteile in der Regel nicht oder nur zum Teil Rückgriff auf seine Mitarbeiter nehmen kann. Augenblicklich hat diese Konstellation für Ärzte noch keine sehr große Bedeutung, da die Prüfer der Sozialversicherungen sich zumeist scheuen, anhand der einzelnen Arbeitsverträge genau zu prüfen, ob höhere Lohnansprüche bestehen. Doch das kann sich schnell ändern.

## Der Praxistip für Mediziner

Vermeiden Sie in Ihren Arbeitsverträgen pauschale Verweisungen auf Tarifverträge! Die ungleiche Bezahlung von Mitarbeitern bedarf eines sachlichen Grundes. Dieser kann beispielsweise in der Qualifikation oder der Berufserfahrung liegen. Stellen Sie hierbei sicher, daß Sie diesen sachlichen Grund auch belegen können.

Es gibt auf dem Markt zahlreiche Musterverträge, die mit geringen Änderungen auf Ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten werden können. Lassen Sie sich vor der Verwendung eines solchen Formularvertrags zunächst von Ihrem Anwalt über die richtige Anwendung des Vertrages und sinnvolle Ergänzungen aufklären. Die richtige Vorsorge kann hier ebenso wie in der Medizin einige Kosten und Unannehmlichkeiten ersparen.

Wenn die Sozialversicherungsträger bei Ihnen eine Nachzahlungspflicht feststellen sollten, kann sich eine Klage hiergegen lohnen, da in Fachkreisen erhebliche Bedenken gegen dieses Vorgehen der Sozialversicherungsträger geäußert werden.

Ärzte Zeitung, 3. 4. 2002



# Parteien im Spiegel ihrer gesundheitspolitischen Aussagen: CDU

Im Rheinischen Zahnärzteblatt 5/2002 begann die Publikation der gesundheitspolitischen Aussagen der im Bundestag vertretenen Parteien. Lesen Sie in dieser Ausgabe das Regierungsprogramm der CDU anhand des Thesenpapiers der Kommission Humane Dienste. Die Serie wird bis zum Monat September 2002 fortgesetzt.

## Vorbemerkung

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird weiter steigen. Die Gründe dafür sind:

- der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt, mit dessen Hilfe immer mehr Krankheiten immer besser behandelt werden können;
- die demographische Entwicklung mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und steigender Lebenserwartung. Gerade im hohen Alter nimmt der Bedarf an Gesundheitsleistungen besonders stark zu;
- die steigende Wertschätzung der Gesundheit, die im Bewußtsein der Bevölkerung als ein sehr hohes Gut eingestuft wird.

Demgegenüber werden die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit den durch die steigende Nachfrage verursachten Kosten der Gesundheitsleistungen nicht Schritt halten. Die Gründe dafür sind:

- der mit Blick auf die hohen Lohnnebenkosten heute als besonders wichtig empfundene Grundsatz der Beitragssatzstabilität,
- verhältnismäßig geringes Wirtschaftswachstum mit geringen Lohnzuwächsen.

Die sich deshalb weiter öffnende Schere zwischen Demographie und Innovation einerseits und den Finanzierungsmöglichkeiten andererseits verlangt eine Neugewichtung der Grundsätze der Ge-

setzlichen Krankenversicherung, nämlich Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität.

Bei den anstehenden Reformschritten ist Sorgfalt und Augenmaß geboten. Das mehr als 100 Jahre alte und bewährte System der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Exerzierfeld für unbekümmerte oder unausgelegene Experimente.

## Eigenverantwortung stärken und verdeutlichen

Kein Gesundheitswesen in der Welt kann darauf verzichten, daß sich der einzelne Versicherte auch selbst um seine Gesundheit kümmert. Eigenverantwortung muß deshalb gestärkt und nicht abgebaut werden. Sie entspricht dem Menschenbild des mündigen Bürgers ebenso wie dem Grundsatz der Subsidiarität.

Der Grundsatz der Eigenverantwortung ist im Recht der Krankenversicherung zwar verankert, allerdings nur in einer sehr abstrakten Form (§§ 1, 2 SGB V). Eigenverantwortung muß durch Übernahme konkreter Verpflichtungen verdeutlicht und gestärkt werden. Eigenverantwortung ist mehr als Zuzahlung.

## Mehr Transparenz, Vereinfachung, Deregulierung, Entbürokratisierung im Gesund- heitswesen/in der GKV

Mehr Transparenz und mehr individuelle Wahlmöglichkeiten sind die Voraussetzung dafür, daß mehr Eigenverantwortung auch wirklich zum Tragen kommt. Deshalb wollen wir, soweit wie irgend möglich, die Transparenz des Gesundheitswesens erhöhen und Regulierungen und Bürokratisierung abbauen. Dazu gehört, das bisherige unübersichtliche Zuzahlungssystem neu zu ordnen. Mündige Bürger wollen informiert sein, zum Beispiel über Behandlungskosten und Qualität der Versorgung.

## Bei begrenztem Finanzbudget keine unbeschränkten Leistungen

Kein Gesundheitswesen in der Welt kann mit begrenzten Mitteln unbegrenzte Leistungen versprechen. Wenn wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die der Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel beschränkt sind, müssen auch die solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen damit in Einklang gebracht werden. Der Grundgedanke der Solidarität verlangt, daß auf der einen Seite die Krankenversicherung für diejenigen Risiken aufkommen muß, die der einzelne nicht selbst tragen kann. Auf der anderen Seite muß jedoch der einzelne für die Risiken, die er selbst tragen kann, auch selbst aufkommen. Es ist deshalb eine Neudefinition erforderlich, was künftig kollektiv finanziert werden muß und was privat finanziert werden kann. Der Schutz der sozial Schwachen ist dabei wichtiges Gebot.

## Mehr Flexibilität, Wahlfreiheit bei den Versicherungsleistungen

Den Versicherten können und müssen mehr Wahlmöglichkeiten eröffnet werden. Sie sind selbst am besten in der Lage, darüber zu entscheiden, ob sie ein hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit ausreichendes Leistungspaket zu einem geringeren Preis oder ein umfassenderes Leistungspaket, dann aber mit einem höheren Beitrag wünschen.

Der Rahmen der solidarisch finanzierten Leistungen muß sich entsprechend dem zur Verfügung stehenden Finanzvolumen auf einen Katalog von medizinisch notwendigen Leistungen beschränken. Neben diesen Kernleistungen soll den Versicherten ein Katalog von Wahlleistungen (Zusatzleistungen, ergänzenden Leistungen, Komplementärleistungen) zur Verfügung stehen, aus dem sie nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen auswählen können.

## Kernleistungen

Der Katalog von Kernleistungen soll medizinisch notwendige Leistungen umfassen, auf die ein modernes Sicherungssystem im Krankheitsfall nicht verzichten kann, wie die ambulante und die stationäre (zahn)ärztliche Behandlung



sowie die Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln. Diese Kernleistungen müssen wirtschaftlich erbracht werden und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Selbstverwaltung soll durch geeignete Bewertungs- und Steuerungsinstrumente wie z. B. die Richtlinien der Bundesausschüsse, die wirtschaftliche Erbringung von Kernleistungen sicherstellen. Zu den Kernleistungen zählt auch das nach Ablauf der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zu zahlende Krankengeld. Die Kernleistungen werden paritätisch durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber finanziert. In geeigneten Fällen sind Zuzahlungen vorzusehen, die den Versicherten aber nicht finanziell überlasten dürfen.

Nicht mehr zu den Kernleistungen zählen die Leistungen, die der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Gesichtspunkten der medizinischen Notwendigkeit und gesteigerten Eigenverantwortung nicht mehr enthalten muß. Dazu gehören zum Beispiel Zahnersatz (außer als Folge von Unfällen und schweren Erkrankungen) und Fahrtkosten (außer im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maßnahmen wie Dialyse).

Hierzu zählen aber auch versicherungsfremde Leistungen, insbesondere im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Mutterschaft und Erziehungsurlaub, sie müßten wegen ihrer gesellschafts- und familienpolitischen Bedeutung aus Steuermitteln finanziert werden.

Der Kernleistungskatalog könnte das bestehende Leistungsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung um bis zu zehn Prozent verringern; dies entspräche gegenwärtig 1,33 Beitragssatzpunkten.

## Wahlleistungen

Als Wahlleistungen sollen medizinisch sinnvolle und wünschenswerte Leistungen angeboten werden können, die noch nicht oder nicht mehr im Kernleistungskatalog enthalten sind. Wahlleistungen werden allein aus Beiträgen der Versicherten finanziert.

Noch in der Diskussion befindet sich die Frage, ob Wahlleistungen ausschließlich von den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, ausschließlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder von beiden angeboten werden können.

Wenn die Wahlleistungen auch von der GKV angeboten werden sollen, sind noch folgende Fragen zu klären:

- Soll der Katalog der Wahlleistungen gesetzlich abschließend vorgegeben werden, oder sollen die Krankenkassen die Möglichkeit haben, ihr Wahlleistungsangebot frei zu gestalten?
- Soll für die Krankenkassen bei Wahlleistungen Kontrahierungszwang herrschen?
- Sollen die Krankenkassen für die Wahlleistungen risikoorientierte Beiträge erheben müssen?

## Solidarischer Wettbewerb, Steuerung durch die Selbstverwaltung

Das deutsche Gesundheitswesen ist gut und international anerkannt. Gleichwohl sind die individuellen Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die solidarischen Wettbewerbselemente auszubauen. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist dabei mehr als nur ein Mittel zur Erreichung von mehr Effizienz im Rahmen einer solidarischen Krankenversicherung. Die Wettbewerbsordnung begründet hier wie überall Entscheidungsfreiräume für die Beteiligten und entspricht so dem Menschenbild mündiger Bürger.

Wettbewerb und Solidarität müssen sinnvoll miteinander verbunden werden; erforderlich dafür sind zum Beispiel eine Flexibilisierung des derzeitigen Systems fester Kollektivverträge und ein rationales Preissystem in allen Gesundheitsbereichen. Die vertragliche Steuerung durch die Selbstverwaltung verdient den Vorzug gegenüber staatlichem Dirigismus. Wettbewerb und Monopole vertragen sich nicht. Daß die Länder mit ihren Krankenhausplanungen faktisch ein Drittel der Ausgaben der Krankenversicherung bestimmen, ohne daß die Krankenversicherung eine echte Möglichkeit der Einflußnahme hätte, ist mit dem Gedanken der Steuerung des Gesundheitswesens durch Wettbewerb nicht zu vereinbaren.

## Veränderungen bei der Finanzierung

Die Finanzierung unseres Krankenversicherungssystems erfolgt bisher über die Anbindung an den Lohn. Dies ist grundsätzlich richtig. Mit Beitragseinnahmen aus dem Lohn allein werden wir aber den medizinischen Fortschritt und

die demographischen Herausforderungen nicht finanzieren können.

Wir müssen deshalb bereit sein, die Lohnanbindung durch andere Finanzierungsformen zu ergänzen. Das bedeutet zum Beispiel konkret, daß auch über die Heranziehung sonstiger Einkommen zur Beitragsbemessung und über die Beitragspflicht bisher beitragsfrei versicherter Personen nachgedacht werden muß.

## Prävention und Rehabilitation stärken

Die Prävention ist eine wichtige Option, um die demographische Herausforderung des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert erfolgreich zu bestehen; große Teile der heutigen Gesundheitsausgaben könnten insbesondere durch verhaltenspräventive Ansätze vermieden werden.

Auch die medizinische Rehabilitation ist konsequent und indikationsbezogen auszubauen. Ziel ist eine funktionale Gleichstellung von Prävention, Kuration und Rehabilitation als gleichberechtigte und notwendige Säulen des Versorgungssystems. Voraussetzung dafür ist eine inhaltliche Abgrenzung zwischen medizinisch notwendigen Leistungen der Prävention und Rehabilitation einerseits und wünschenswerten Maßnahmen aus dem Bereich der Kuren andererseits.

## Bessere Abgrenzung zwischen den einzelnen Systemen der sozialen Sicherung, Schnittstellenprobleme lösen

Um die Zielgenauigkeit der sozialen Sicherungssysteme zu verbessern und Reibungsverluste zu vermeiden, darf die Reform des Gesundheitswesens sich nicht in einer Neuordnung des Krankenversicherungssystems erschöpfen, sondern muß den Bereich der Pflege, der Rehabilitation und der Behindertenhilfe mit einschließen. Vor allem am Beispiel der Pflegeversicherung ist deutlich geworden, daß sich etwa der Bedarf der älteren Mitbürger an Sozialleistungen inzwischen auf mehrere Sicherungssysteme erstreckt, insbesondere auf die Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Die heute daraus folgende Notwendigkeit, mehrere soziale Leistungsträger nebeneinander in Anspruch nehmen zu müssen, muß Anlaß sein, über die Ver-



änderung von Zuständigkeiten nachzudenken, um die Zielgenauigkeit und Effizienz der Leistungsgewährung zu erhöhen. Die Zusammenführung von Pflegeversicherung und Krankenversicherung ist in diesem Zusammenhang zu erwägen.

## Ein wachsender Gesundheitsmarkt als Chance der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik

Die originäre Aufgabe unseres Gesundheitswesens ist es, Leben zu retten, Krankheit zu heilen, Gesundheit zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden zu helfen. Zur Wirklichkeit gehört aber auch die Tatsache, daß das Gesundheitswesen mit insgesamt 4,2 Millionen Arbeitsplätzen einer der größten Arbeitgeber in Deutschland ist. Alle arbeitsmarktpolitischen Analysen gehen davon aus, daß gerade das Gesundheitswesen ein gesamtwirtschaftlicher Wachstumsmarkt der Zukunft ist. Deshalb müssen bei den Reformansätzen, die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest zu machen, diese dynamischen Wachstumschancen mitberücksichtigt werden.

## Gesundheitliche Versorgung in der Europäischen Union

Europa wächst immer mehr zusammen, das gilt auch für den Gesundheitsbereich. So beeinflussen bereits heute EU-Rahmengesetze und Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs die nationale Gesundheitspolitik. Deshalb müssen die GKV-Reformansätze auch EU-fest gemacht werden.

### Quelle:

[http://www.cdu.de/Politik-a-z/gesundheit/kap\\_141.htm](http://www.cdu.de/Politik-a-z/gesundheit/kap_141.htm)

Für weitere Informationen: [www.cdu.de](http://www.cdu.de)

*Zusammengestellt von Dr. Rüdiger Butz*

## Gesundheitspolitik in Deutschland: Gängelung von Ärzten und Patienten – So geht es nicht weiter!

Die Gesundheitspolitik in Deutschland steckt in der Sackgasse. Die jüngsten Diskussionen um die beabsichtigte „Reform“ der rot-grünen Gesundheitspolitik zeigen den Weg auf in eine zunehmende Gängelung von Ärzten und Patienten, anstatt ein flexibles Instrumentarium zu schaffen, das sich am Bedarf von Gesundheitsleistungen orientiert. Damit muß endlich Schluß sein!

Den Hintergründen, Defiziten und Wegen aus der Sackgasse im gemeinsamen Interesse von Ärzten und Patienten widmet sich die

### Podiumsveranstaltung

der ärztlichen und zahnärztlichen Basisgruppen zusammen mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte und dem Hartmannbund

**am Mittwoch, dem 3. Juli 2002, 19.00 Uhr  
in der Stadthalle in Bochum-Wattenscheid.**

Gast: **Jürgen W. Möllemann**

*Stellvertretender Parteivorsitzender und ehemaliger  
gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion*

**anthos**



- Behandlungseinheiten
- Multimedia
- Röntgengeräte
- Möbel

**anthos**

**dentale Systeme**

**HASENBECK  
DENTAL**

40885 Ratingen  
Hülsenbergweg 103  
Telefon (0 21 02) 93 99 19  
Telefax (0 21 02) 93 98 73  
[hasenbeck-dental@t-online.de](mailto:hasenbeck-dental@t-online.de)

## 80 Jahre Erfahrung sprechen für sich

...Praxisbewertung

...Praxisabgabe

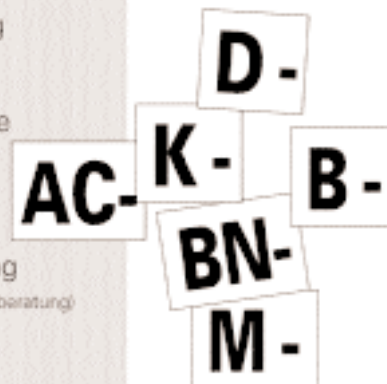
...Praxisübernahme

...Praxisauflösung

...Praxisplanung

...Existenzgründung

(keine Rechts- und Steuerberatung)



[www.mps-dental.de](http://www.mps-dental.de)  
e-mail: [rolf.aidrin@mps-dental.de](mailto:rolf.aidrin@mps-dental.de)

**MPS  
DENTAL**

**LOMBERG**



**MPS Unternehmensgruppe**

**MPS Dental Holding GmbH & Co. KG**

Horbeller Straße 9 • 50858 Köln

Tel. 0 22 34 / 95 89-134 • Fax 0 22 34 / 95 89-132

## Pressekonferenz der Heilberufe in Berlin

# Die sieben Schritte der Heilberufe

In einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin haben die führenden Repräsentanten der Heilberufe am 16. April 2002 auf Vermittlung der APO-Bank im Wahljahr 2002 sieben Schritte für eine notwendige Reform im Gesundheitswesen der Öffentlichkeit vorgestellt:

1. Der Erhalt der freien Wahl des Arztes, Zahnarztes und Apothekers, verbunden mit freier Wahl der Krankenversicherung, ist auch für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssystems unabdingbare Voraussetzung. Die Koordination von Leistungen muß sichergestellt werden.
2. Die Heilberufe bekennen sich ausdrücklich zum Solidarprinzip. Es muß mit den demografischen, medizinischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Einklang stehen.
3. Im Wettbewerb der Krankenversicherungen muß Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.
4. Die Patienten müssen auch in Zukunft den Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung haben. Um die Eigenverantwortung der Patienten und damit deren Kostenverantwortung zu stärken, ist bei den Solidarleistungen jedoch eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung anzustreben. In diesem Zusammenhang ist die Realisierung der Kostenkenntnis für die Patienten und die Schaffung der erforderlichen Transparenz sicherzustellen.
5. In geeigneten Leistungsbereichen werden Festzuschüsse eingeführt.
6. Darüber hinausgehende Leistungen sollen im Wege der Zuzahlung abgegolten werden. Diese Zuzahlung kann durch individuelle Vereinbarungen zwischen Arzt und Patient oder im Rahmen von Gebührenordnungen erfolgen.
7. Im Sinne des Wettbewerbs der Versorgungsstrukturen ist den Patienten die Kostenerstattung optional anzubieten. Da sich die zahnmedizinische

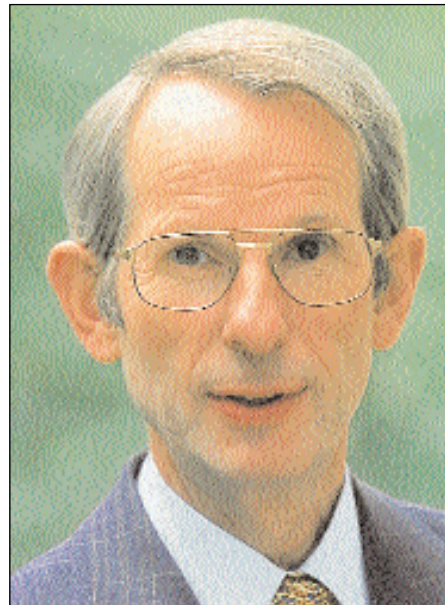
Versorgung ideal für das Kostenersatzungsprinzip eignet, soll die Kostenerstattung in diesem Bereich sofort eingeführt werden.

Es besteht zwischen den Berufsgruppen Einigkeit darüber, daß die in der gemeinsamen Position festgelegten Zielsetzungen lediglich Schritte auf dem Weg zu einer notwendigen Gesundheitsreform sein können.

Der Präsident der Bundesärztekammer **Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** beklagte die mangelnde Gemeinwohlorientierung und die kurzatmigen Konzepte parlamentarisch nicht legitimierter Expertokraten bei den Zielvorstellungen innerhalb der Reformbemühungen im Gesundheitswesen. Er widerlegte die Mär von der Kostenexplosion. In Relation zum Bruttoinlandsprodukt mit 6,0 Prozent im Jahre 1975 zu 6,6 Prozent im Jahre 2000 ist der Anteil der Gesundheitsausgaben relativ konstant geblieben. Prof. Hoppe: *„Was von manchen als Leistungsexplosion verurteilt wird, ist die Grundlage unserer Gesellschaft des langen Lebens. Zur Erosion der GKV hat die Politik selbst maßgeblich beigetragen. In den letzten Jahren sind der GKV annähernd 50 Milliarden DM entzogen worden, weil Löcher in der Rentenkasse und der Arbeitslosenversicherung gestopft werden mußten.“*

Prof. Hoppe wies auf den Spruch seines Vorgängers **Prof. Dr. Horst Bourmer** hin: *„Unser Gesundheitswesen wird zwar solidarisch finanziert, aber unsolidarisch in Anspruch genommen und politisch mißbraucht. Statt Bürgernähe herrsche Bürokratisierung.“*

*„Expertokraten lassen sich Institute und Behörden in Gesetze schreiben, versprechen Patentlösungen, werden aber niemals wirklich zur Verantwortung gezogen. Qualitätssicherung von Verwaltungsexperten ist nicht mehr als Verwaltungsmedizin, sie geht an den praxisrelevanten Erfordernissen völlig vorbei. Es ist an der Zeit, daß die Politik diese patientenfernen Vordenker ersetzt und mit eigenständigem Nachdenken beginnt.“*



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Bundesärztekammer

Foto: ÄkNo

Den Ausbau des Kassenversorgungsstaates sieht Hoppe mit Argusaugen: *„Das würde die endgültige Abkehr von der Zuwendungsmedizin hin zur Zuteilungsmedizin bedeuten.“* Die Ärzteschaft könnte bei diesem Weg in die Staatsmedizin nicht mehr ihrer sozialen Verantwortung gerecht werden. Denn Verantwortung setzt auch Rechte zur Mitgestaltung voraus und wenn diese weiter eingeschränkt werden, dann stellt sich für die deutsche Ärzteschaft die Systemfrage.

Prof. Hoppe wies bei der Pressekonferenz auf seinen Brief an Gesundheitsministerin **Ulla Schmidt** hin, der in der Presse als Brandbrief bezeichnet wurde.



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,  
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Foto: Renate Gerritz



Er enthält die unverzichtbaren Grundlagen einer bedarfsgerechten Versorgung (s. Kasten). Den Vortrag des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer **Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** vor der Bun-

despressekonzferenz am 16. April 2002 mit dem Thema: „*Modellprojekt Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland. Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – ein System*

*mit befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung*“ werden wir wegen der großen aktuellen Bedeutung im nächsten RZB ausführlich behandeln.

Dr. Kurt J. Gerritz

**I.** Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso voraus wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in die Checklistenmedizin führen in die Unterversorgung.

**II.** Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl. Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben aber hohle Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl, und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird. Selbstredend liegt es in der Entscheidung des Patienten, bestimmte Versorgungstarife, wie etwa den Hausarzttarif, freiwillig zu wählen.

**III.** Der Patient hat Anspruch auf Transparenz. Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über die Menge, Umfang und Kosten der für ihn erbrachten Leistungen ein. Zugleich aber muß der Patient auch die Möglichkeit erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung (auf der Basis der amtlichen Gebührenordnung) zu wählen.

**IV.** Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten. Solidarität bedeutet im Krankheitsfall auf das Leistungsvermögen der Solidargemeinschaft

zurückgreifen zu können. Solidarität bedeutet andererseits, daß jeder entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten hat und die gesetzliche Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Über das Notwendige hinausgehende Leistungen gehören in eine Zusatzversicherung und dürfen nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft erbracht werden. Zugleich muß im Wettbewerb der Krankenversicherung Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt.

**V.** Der Patient hat Anspruch auf eine wirkliche Krankenversicherung. Als Versicherter zahlt er Beiträge in die Krankenversicherung ein, um im Krankheitsfall notwendige Leistungen zu erhalten. Darauf hat er Anspruch. Dieser Anspruch wird aber seit Jahren erheblich geschwächt, weil der Krankenversicherung immer mehr versicherungsfremde Aufgaben zugewiesen werden, die mit ihrer originären Aufgabenstellung nichts mehr zu tun haben. Die gesetzliche Krankenversicherung hätte kein milliardenschweres Defizit zu beklagen, wenn sie nicht fortwährend als sozialpolitischer Verschiebebahnhof mißbraucht werden würde.

**VI.** Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung von den Berufen im Gesundheitswesen. Doch die zunehmende Reglementierung im Gesundheitswesen, der enorme Wettbewerbsdruck und die z.T. menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen führen zu wachsender Demotivation der Gesundheitsberufe und schrecken den potentiellen Nachwuchs ab. Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen deshalb endlich so gestaltet werden, daß diese Berufe wieder an Attraktivität gewinnen. Andernfalls droht der Personalkollaps in der medizinischen Versorgung.

**VII.** Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen. Durch eine Selbstverwaltung der Beteiligten und Betroffenen ist das noch gewährleistet. Wird die Selbstverwaltung jedoch abgeschafft oder wird den Krankenkassen die alleinige Steuerungsmacht über das Gesundheitswesen verliehen, dann sind Anonymisierung, Deprofessionalisierung und weitere Mangelverwaltung nicht mehr aufzuhalten. Dann drohen englische Verhältnisse.

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Bundesärztekammer und des  
Deutschen Ärztetages, 16. April 2002

## FÜR SIE GELESEN

### Die Union will Nichtraucher belohnen

Nichtraucher sollen bei einem Wahlsieg der Union mit niedrigeren Krankenkassenbeiträgen belohnt werden. Das kündigte die bayerische Sozialministerin Christa Stewens (CSU) bei der Vorstellung des gesundheitspolitischen Wahlprogramms der Union an. Ferner wollen CDU und CSU Wahltarife beim Umfang des Krankenschutzes einführen.

Umstritten scheint dagegen die Frage von Regreßansprüchen oder Risikozuschlägen. Stewens sagte, Versicherte, die „grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich“ ihre Gesundheit schädigen, sollten einen Teil der Kosten selbst zahlen. Als Beispiele nannte sie Zungenpiercing, Bungee-Jumping und Autounfälle unter Alkohol. Zudem regte sie „Risikozuschläge“ für Gesundheitsmuffel an. Das heißt: Versicherte, die sich weigern, an Präventionsmaßnahmen teilzunehmen, sollen zur Kasse gebeten werden. CSU-Vize Horst Seehofer versicherte dagegen, daß es mit einer unionsgeführten Bundesregierung keine Regreßan-

sprüche oder Risikozuschläge geben werde. Anderslautende Meldungen seien „persönliche Auffassung von Frau Stewens“.

Die Welt, 10. 5. 2002

### Mehr Freiheit für Versicherte

Die bayerische Sozialministerin Christa Stewens hat einen völlig unnötigen Streit mit ihrem Parteifreund, dem stellvertretenden CSU-Vorsitzenden und früheren Bundesgesundheitsminister, Horst Seehofer, vom Zaun gebrochen. Seehofer hat zu Recht die Überlegung von Frau Stewens zurückgewiesen, wonach Krankenversicherte, die ihre Gesundheit etwa durch übermäßigen Alkoholgenuß, Zungenpiercing oder Bungee-Springen gefährden, einen Risikozuschlag zahlen sollen. Ein solcher Schritt würde einen übermäßigen Verwaltungsaufwand zur Folge haben, ohne die Probleme der Krankenversicherung wirklich zu lösen. Denn die risikofreudigen Versicherten tragen nur unmaßgeblich zu den überbordenden Kosten des Gesundheitssystems bei.

Die Gesundheitspolitik ist ein zu drängendes und ernstes Thema, als daß sich die Union dazu Streit in den eigenen Reihen erlauben könnte. Vielmehr kommt es darauf an, Wähler, Ärzte, Kassen und Verbände von der Richtigkeit der Unionsüberlegung zu überzeugen, daß eine Aufteilung des Krankenkassenkatalogs in Grund- und Wahlleistungen richtig ist. Dadurch würde ein Markt geschaffen, auf dem die Versicherten sich ein Leistungspaket zusammenstellen könnten. Niemand würde dabei für seine Sünden wie etwa starkes Rauchen oder Trinken bestraft.

Völlig kontraproduktiv ist indessen das Vorhaben der SPD, an dem einheitlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen festzuhalten oder gar alle Versicherten in die gesetzlichen Kassen zu zwingen und die Privatkassen nur noch für Zusatzversicherungen offenzuhalten. Der Versicherungsmarkt braucht mehr Freiheit und keine weiteren Einschränkungen.

Die Welt, 10. 5. 2002

## Karrierebruch bei Oswald Metzger

# Grüner Aderlaß

Eigentlich war an dieser Stelle ein Interview mit **Oswald Metzger**, dem grünen Haushaltsexperten im Deutschen Bundestag, fest eingeplant. Nach einigen Vorgesprächen hatten wir uns auf den 18. April 2002 in Berlin verabredet. Es kam anders. Der grüne Finanzexperte und Schlagzeilenkönig kam beim Landesparteitag in Freiburg am 14. April nicht zum Zug. Nacheinander scheiterte er im Direktvergleich an den Realos **Fritz Kuhn**, **Rezzo Schlauch** und **Cem Özdemir**. Die Konkurrenz prominenter Männer um die wenigen aussichtsreichen Positionen war besonders scharf, weil die Hälfte der Listenplätze für Frauen reserviert war. Platz eins auf der Landesliste der Grünen in Baden-Württemberg erhielt die parlamentarische Staatssekretärin im Entwicklungshilfeministerium **Uschi Eid**.

Wutentbrannt und enttäuscht verließ Metzger den Saal, als das Abstimmungsergebnis für Platz 6 bekanntgegeben wurde. Er kündigte an, aus der Bundespolitik auszusteigen und sich nach einem Job in der Privatwirtschaft umzusehen.

Oswald Metzger stand bei den Grünen für die wirtschaftliche Vernunft. Wie kein zweiter verstand er es, urbürgerliche Themen wie Sparen, solide Haushaltsführung und mäßige Steuern bei den Alternativen salonfähig und sie deshalb auch für solche Gruppen wählbar zu machen. Sogar Alt-Bundeskanzler **Helmut Kohl** lobte den Star im Haushaltsauschuß: „*Der versteht etwas von Finanzen.*“

Metzger, der dem Deutschen Bundestag seit 1994 angehört, revanchierte sich mit Überlegungen zu einer schwarz-grünen Koalition im Bund, was ihm unter den Parteifreunden heftige Kritik einbrachte. Vor einigen Tagen sorgte er wieder einmal für heftige Turbulenzen in der Koalition. Als Berichterstatter für den Verteidigungsetat

organisierte er den Widerstand grüner Abgeordneter gegen den Airbus-Militärtransporter A 400 M. Rhetorisch geschliffen und fachlich versiert zeigte er die Schwächen des Rüstungsprojekts auf. Er wies nach, daß die Zahlen aus dem Verteidigungsministerium einfach nicht zusammenpassen. Einflußreiche Mitglieder der Regierungskoalition machen in kleinen Kreisen keinen Hehl daraus, daß sie Metzgers Kritik an **Rudolf Scharping** (SPD) inhaltlich teilen.

„*Es gibt keine uneingeschränkte Solidarität gegenüber der Regierung.*“

Oswald Metzger

### Unbequemes Parteimitglied

Dennoch – alle sind ‚stinksauer‘ auf den grünen Politiker. Bundeskanzler **Gerhard Schröder** und viele Sozialdemokraten halten Metzger für einen Profil-Neurotiker. Selbst in der eigenen Fraktion schütteln jene den Kopf, die an der Regierungsverantwortung hängen. „*Es gehört sich einfach nicht, dem Koalitionspartner von hinten voll in die Beine zu grätschen,*“ heißt es in Berlin.

Außenminister **Joschka Fischer** war so erzürnt, daß er seinen vermeintlich eigensinnigen Parteifreund heftig zusammenstauchte. So schaffte es der Oberschwabe aus dem Kurort Bad Schussenried, daß er sich trotz berechtigter Einwände ins Abseits manövrierte. Umweltminister **Jürgen Trittin** (Bündnis-Grüne) befand am 25. April 2002 im ZDF nicht ohne Genugtuung, daß Oswald Metzger abgestraft wurde und diese Tatsache schon für sich selbst spreche.

Metzger, der seiner Partei gerne ein „konstruktives Rebellentum“ verordnet hätte, hat nach eigener Meinung in den letzten acht Jahren gute Arbeit im Bundestag geleistet. Er kritisiert nun wiederum die eigene Partei: „*Bei uns werden die Ecken und Kanten immer mehr abgeschliffen. Inzwischen macht der Bundeskanzler doch mit den Grünen, was er will.*“ Schuld an dieser Entwicklung trage die Grüne Spitze, die zu wenig Selbstbewußtsein zeige. „*Die Grünen stecken in einer Sinnkrise.*“ Metz-



Oswald Metzger

Foto: dpa

gers Pech war letztendlich die Frauenquote, die es ihm nicht erlaubte, gegen weniger profilierte Frauen anzutreten.

Vielleicht dämmert es der Grünen-Führung, welche politischen Talente sie mit starren Regeln vorzeitig in die Pension schickt. Gerade in der Wirtschaftspolitik hatten sich die Grünen über Politiker wie Metzger profiliert. Ein ähnliches Schicksal ereilte eine andere prominente grüne Politikerin. Auf dem Landesparteitag in Schleswig-Holstein erhielt die Wehrexpertin **Angelika Beer** nicht die erforderliche Mehrheit für eine erneute Kandidatur. Da sie zum vierten Male für den Bundestag kandidierte, verfehlte sie die in der Satzung vorgeschriebene zwei Drittel Mehrheit.

### Grüne Gesundheitspolitik im Abseits

Gesundheitspolitik findet bei den Grünen kaum noch statt. Die Partei, die noch vor anderthalb Jahren mit **Andrea Fischer** (Bündnis-Grüne) die Bundesgesundheitsministerin stellte, verfügt über kein Personalkonzept zu diesem wichtigen Politikfeld. Weder Andrea Fischer noch **Monika Knoche** oder **Erwin Jordan** werden dem nächsten Bundestag angehören. Dasselbe gilt für

„*Scharping bleibt Scharping. Dazu fällt einem Wilhelm Busch ein: Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's gänzlich ungeniert.*“

Oswald Metzger

„*Zur Geradlinigkeit gehört auch, daß man Botschaften vertritt, auch wenn sie politisch nicht optimal sind.*“

Oswald Metzger



**Katrin Göring-Eckhardt**, der gesundheitspolitischen Sprecherin der Fraktion. Insofern ist es auch nicht verwunderlich, daß zwei Redner bei der grünen Bundesdelegiertenkonferenz vom 15. bis 17. März ihrer Führung Konzeptionslosigkeit und mangelndes grünes Profil in der Gesundheits- und Sozialpolitik vorwarfen.

So blieb es insbesondere dem ver.di-Chef **Frank Bsirske** als Gastredner und dem Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeit, Gesundheit, Soziales **Germanus Hungenling** vorbehalten, diese Thematik anzusprechen. Nach Hungenling ist die Gesundheitspolitik ein Stiefkind der Partei. Er kritisierte die Vorlage des Bundesvorstandes: „Ihr fehlt jede Form von Vision.“ Nichts sei darin zu finden über Patientenrechte, Geschlechtergerechtigkeit, die nichtärztlichen Heilberufe oder die besonderen Gesundheitsbedürfnisse von Kindern und Migranten. Darüber hinaus gebe es in der Vorlage Passagen, die mißverständlich seien, weil sie in der Tendenz in Richtung Grund- und Wahlleistungen gingen.

Zu letzterer Thematik meinte **Katrin Göring-Eckhardt** in ihrer Gegenrede, daß der grüne Gewerkschaftsboß Bsirske mit seiner Absage an Grund- und Wahlleistungen völlig Recht habe. Nur bei Leistungsangeboten, die über das medizinisch Notwendige hinausgingen, könne man über zusätzliche Versicherungsangebote reden.

Traurige Perspektiven für eine Gesundheitsreform in der kommenden Legislaturperiode. Schon heute steht fest, daß Gesundheitspolitik bei den Grünen weder personell noch inhaltlich stattfindet. – Was bleibt, ist höchstens ein Blick zurück.

Dr. Kurt J. Gerritz

DENTAL-LABORE  
*Dobma*

Göttingen · Berlin · Braunschweig  
Chemnitz · Erfurt · Frankfurt  
Hohenheim · Meißen  
München · Würzburg  
Zwickau

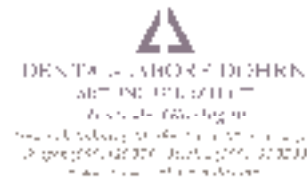
**Seminare**

Prof. Dr. Jürgen Becker  
"Präimplantologische Diagnostik, Gewebe-  
regenerationstechniken - Abgrenzungskonferenz"  
(Seminare mit Demonstrationskonzert)  
Samstag, den 07.09.2002 in Frankfurt a.M.



Dipl. Stomat. Jens Kießlich-Köcher  
Dr. med. dent. Ralph-Steffen Zöbisch  
"Periimplantologie: ISL-Therapie und  
Prophylaxe - effektive und erfolgreiche  
Konserv- und Privatbehandlung"  
Samstag, den 23.11.2002 in Gera

Weitere Informationen erhalten Sie unter Telefon  
(0551) 70 77-23 / -41 oder Fax (0551) 70 77 51.



## FÜR SIE GELESEN

### Spanischer Ratsvorsitzender will die Systeme harmonisieren

Völlig überraschend hat der spanische Ministerpräsident **José Maria Aznar** gefordert, die Sozialsysteme in der Europäischen Union zu harmonisieren. Die Aussage ist in allen EU-Staaten veröffentlicht worden, ohne daß ein Ministerpräsident dagegen protestiert hat.

Der jeweilige Ratspräsident bestimmt maßgeblich die Politik für die EU und ihre Entscheidungen. Deutschland, das ganz besonders unter einer EU-Harmonisierung seines Sozialsystems zu leiden hätte, hat bisher keinen Widerstand geleistet.

Die Ankündigung Aznars steht in direktem Widerspruch zu den EU-Verträgen nach Maastricht. Dort wird eindeutig festgelegt, daß der Ministerrat der EU „Fördermaßnahmen nur unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der

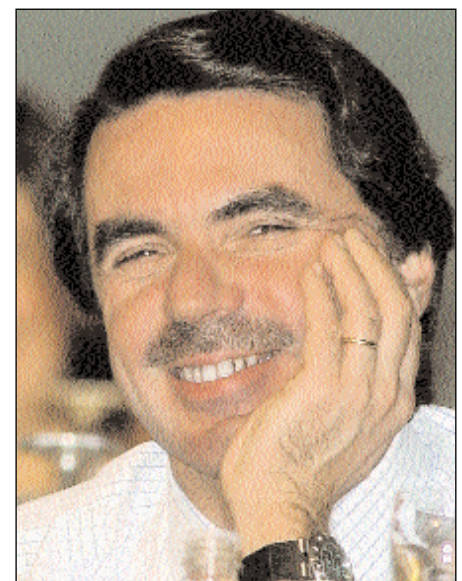
Mitgliedstaaten“ erlassen darf. Offensichtlich stört das José Maria Aznar nicht. Zumal er sich mit der unglaublichen Behauptung, „20 Millionen Arbeitsplätze in acht Jahren zu schaffen“, in das Heer der Utopisten einreicht. Dennoch steht seine – bisher nicht widersprochene – Forderung nach Harmonisierung.

Das würde die Sozialsysteme in Deutschland weiter massiv schwächen; das Modell der Selbstverwaltung – einzigartig in Europa – wäre ebenso hilflos wie gestalterische Rechte außerhalb der staatlichen Reglementierung.

Hinzu kommen ungeahnte neue Schwierigkeiten für die Beitrittsländer, die derzeit schon ihre Sozialsysteme mit hohen Defiziten unterhalten und vor allem ihr Gesundheitswesen in schwierigen Prozessen an die EU heranführen müssen. Das würde massive finanzielle Unterstützung der EU erfordern – eine weitere Finanzverpflichtung für Deutschland? Hier muß Bundeskanzler Gerhard

Schröder eingreifen, um Schaden von seinem Land abzuwenden – und das in einem Wahljahr.

Gelber Dienst, 1. 3. 2002



Der spanische Ministerpräsident  
José Maria Aznar.

Foto: dpa

## Neue Pläne des Bundeskanzlers

# Mittelstandsbank statt adäquater Mittelstandsförderung



Bundeskanzler Gerhard Schröder Foto: dpa

Im Wahljahr 2002 hat Bundeskanzler **Gerhard Schröder** auf einmal den Mittelstand entdeckt, den es zu fördern gilt. Immerhin gehen mehr als zwei Drittel aller Arbeitsplätze in Deutschland auf dessen Konto. Während in der Großindustrie – vor allem in Nordrhein-Westfalen – immer mehr Arbeitsplätze verlorengehen, war es dem Mittelstand vorbehalten, durch Neugründungen und Erweiterungen neue Arbeitsplätze zu schaffen. Leider zu wenig.

Wie will nun der „Kanzler der Großindustrie“ den Mittelstand fördern? Seine jüngste Idee: Mit einer Mittelstandsbank. Wie die aussehen soll, bleibt allerdings erst einmal im Dunkeln. Auch Experten wie Dinslakens Sparkassenchef **Ulrich Schneidewind** haben keine rechte Vorstellung davon, was ein solches Institut bewegen soll, zumal bislang der Mittelstand – dazu gehören auch die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte – in der Hauptsache von den Sparkassen und Genossenschaftsbanken betreut wird.

Im Jahr 2000 etwa wurde die Mittelstandsförderung aus Mittelstandsförderprogrammen von Bund und Land in Nordrhein-Westfalen zu 42,3 Prozent über die

Sparkassen abgewickelt, mit 23,1 Prozent waren die Genossenschaftsbanken beteiligt und den restlichen Kuchen von 34,7 Prozent teilen sich die anderen Banken.

Mittelstandsförderung findet heute also auch ohne „Mittelstandsbank“ statt. Im Jahr 2000 etwa wurden aus dem entsprechenden Förderprogramm im gesamten Kreis Wesel fast 300 Millionen Mark vergeben. Was fehlt, ist eine adäquate Mittelstandspolitik mit den entsprechenden Rahmenbedingungen. So stellte der 1. Vizepräsident des Landtages **Dr. Helmut Linssen** (CDU) bereits am 23. Mai 2001 gegenüber dem RZB folgendes fest: *„Diejenigen, die von der Regierung Schröder am stärksten verraten worden sind, gehören der sogenannten ‚Neuen Mitte‘ an. Diese Menschen, die Schröder gewählt haben und sich große Hoffnung gemacht haben, müssen nun sehr enttäuscht sein. Schröder hat sich Konzernangehörige als Berater in die Ministerien geholt, und so darf man sich auch nicht wundern, wenn die Steuerreform zugunsten der Großindustrie ausfällt. Mich wundert eigentlich, weshalb der Mittelstand so stillhält. Die Steuervorteile greifen erst ab*



Dr. Helmut Linssen Foto: Renate Gerritz

*2005; die Belastungen – resultierend aus der Gegenfinanzierung – jedoch sofort. Die Behandlung des Mittelstandes durch die Berliner Regierung ist unfair und ungerecht.“*

Hierzu paßt auch ganz gut das Eingeständnis des scheidenden Bundestagsabgeordneten und Arbeitsmarktexperten **Prof. Dr. Uwe Jens** (SPD) im RZB 3/2002 angesichts dramatischer Steuerrückgänge in den kommunalen Kassen: *„Es wäre sicherlich besser gewesen, im Rahmen der Steuerreform erst den Mittelstand zu entlasten und später die Großkonzerne.“*

Wetten, daß Bundeskanzler **Gerhard Schröder** im Falle einer Wiederwahl am 22. September 2002 seine Idee von der Förderung des Mittelstandes vergessen hat! – Die Mittelstandsbank ist ohnehin eine Schnapsidee unseres Medienkanzlers. Dann gilt es, den notleidenden Finanzministern und den kommunalen Kämmerern unter die Arme zu greifen, z. B. mit einer Reform der Gemeindefinanzierung, welche zusätzliche Abgaben oder Steuern für den Mittelstand vorsieht, u. a. auch Gewerbesteuer für den Freiberufler.

Dr. Kurt J. Gerritz

## Kölner Zahnärzteball 2002



Freitag, 15. November 2002  
ab 19 Uhr im Messeclub  
der Kölner Messe

Voranmeldungen nimmt  
entgegen: Dr. Walter Förster  
Berrenrather Straße 311  
50937 Köln  
Telefon/Fax (02 21) 41 06 37



## 100 Jahre APO-Bank

# Seit 1902 im Dienste der Heilberufe

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank feiert in diesem Jahr das 100jährige Bestehen. Sie ist die genossenschaftliche Standesbank der Heilberufe. Ihre Bedeutung für die Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte liegt in der Zusammenfassung der wirtschaftlichen Kraft dieser freien Berufe zur Erhaltung und Förderung ihrer Interessen und die Selbständigkeit jedes einzelnen. Sie stärkt die Eigenständigkeit der Heilberufe in Gesellschaft und Wirtschaft. Die Bank erfüllt die Aufgabe, indem sie innerhalb der Heilberufsstände zirkulierende Gelder zusammenfaßt und diese den Berufsständen, sowohl den einzelnen als auch den Standeseinrichtungen, wieder zur Verfügung stellt. Als Kreditgenossenschaft ist sie ihrem Wesen nach wirtschaftliche Leistungs- und Nutzungsgenossenschaft. Ihr Ziel ist nicht auf Gewinn gerichtet, sondern beruht auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit.

### Selbsthilfe der Heilberufe

Die Geschichte der Deutschen Apotheker- und Ärztebank beginnt im Jahre 1902 in Danzig, das zu jener Zeit zum Deutschen Kaiserreich gehörte. Der Gedanke zur Selbsthilfe durch Einrichtung einer Kreditgenossenschaft innerhalb der Heilberufe ist zuerst von der Apothekerschaft realisiert worden. Als der Apotheker **R. Mattern** um die Jahrhundertwende den Genossenschaftsgedanken aufgriff, befand sich die Apothekerschaft in einer wirtschaftlichen Krise, die insbesondere von einer außergewöhnlichen Kreditnot gekennzeichnet war.

Die damalige Situation findet ihren typischen Ausdruck in einem Artikel in der Pharmazeutischen Zeitschrift, Berlin, vom 19. November 1902 mit dem Vorschlag und dem Aufruf des Apothekers Mattern zur Gründung einer Pharmazeutischen Kreditgenossenschaft.



Foto: Renate Gerritz

Für die Entwicklung der Bank war die Ausdehnung auf die Heilberufe der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte die entscheidende Wendung. Bei dieser Zusammenführung spielte der Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein Dr. Karl Winter eine besondere Rolle.

Am 19. Dezember 1902 findet dann im Hotel „Reichshof“ zu Danzig von 8.30 bis 12.24 Uhr die „Gründungsverhandlung“ statt. Die handschriftlich angefertigte Notiz der Gründungskommission auf einem Briefbogen des „Hotel Reichshof“ ist von 12 Mitgliedern unterzeichnet. In den Vorstand des neuen Vereins



Erst nach dem 2. Weltkrieg wurde der Hauptsitz der Bank von Berlin nach Düsseldorf verlegt. Hier das Haus in der Alleestr. 5 (später Heinrich-Heine-Allee 5).

Foto: APO-Bank

**Pharmaceutischer Kredit - Verein**  
E. G. m. b. H.

Die unterzeichneten Apothekenhändler Danzigs sind der Verorte haben auf Anregung des Kollegen Mattern beschlossene, einen Pharmaceut Kredit-Verein, eingetragene Genossenschaft mit beschränkter Haftung, und Grund folgender wesentlicher Momente zu gründen:

**Einrichtungsgeld:** 20 M., welche dem Vorsitzenden anheimfallen. **Gesamtkapital:** 1000 M., aus welchen jährlich mindestens 50 M. ausgeschüttet werden müssen. Letztere bleiben Eigentum des Kapitalisten und sind dividendenberechtigt. **Hauptzinsen:** 100 M.

Indem wir auf die großen Vorteile hinweisen, die durch Genossenschaft durch Personal-Kreditgenossenschaft, Vermittlung von Hypothekendarlehen etc. ihren Mitgliedern zu bieten in der Lage ist, laden wir die Kollegen zu recht zahlreichem Beitritt ein, und wünschen auch noch besonders die Jüngeren, noch nicht selbständigen Fachgenossen auf den zu gründenden Verein aufmerksam. Ist es Ihnen gerade hier ersichtlich, indem sie Ihre Ersparnisse bei der Genossenschaft einbringen, Ihren Sparraten zu beschließen und sich dadurch den jeweiligen Verlusten zu erwehren, welches zu Ihnen bei Unmöglichkeit des Studiums oder Erhaltens eines neuen Apothekenbesitzes leicht machen wird den erforderlichen Kredit zu möglichen Zinsfuß zu erhalten. Diesen verehrte Herren Kollegen, ich ist, es jung unterzeichnete Sie die Sache durch Ihren Beitritt, Sie thun ein gutes Werk! Die gegenwärtige Wirkung wird sich im ganzen Faßbe bald sichtbar machen!

**Ein Zweck der Konstitution des Pharm. Kredit-Vereins findet Erwähnung, dass 10. Dezember, Abends 8 Uhr, im Hotel Reichshof in Danzig im „Reichshof“ eine Versammlung statt, und bitten die Unterzeichneten um recht zahlreiche Theilnahme. Was am persönlichen Erscheinen verhindert ist, bitten wir die Kollegen ersuchen abzugeben.**

[1902]

**E. Kernstätt, Rud. Maurer, Max Fleischer,  
Herrn Knochenhauer, O. Nohlsch, A. Gordon, G. Kerschba,  
G. Boguel, G. Baricks, Dr. Heintzel, Kern, Mattern,**

**PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG Nr. 49  
10. DEZEMBER 1902**

wurden fünf Herren gewählt. Apothekenbesitzer **Mattern** aus Langfuhr wurde Direktor und Vorstandsvorsitzender, Apothekenbesitzer **Knochenhauer** sein Stellvertreter. Daneben gab es einen neunköpfigen Aufsichtsrat unter der Leitung von Apothekenbesitzer **Hoosmann** aus Dirschau.

Die Apotheker-Zeitung vom 31. Dezember 1902 schreibt in einem längeren Artikel ausführlich über die Aufgaben und das Wesen eines Genossenschaftsvereins mit dem Prinzip der Gegenseitigkeit. Ein besonderes Augenmerk soll der neugegründete Verein dem An- und Verkauf von Apotheken widmen.

Der mit schließlich 18 Mitgliedern gegründete „Kreditverein Deutscher Apotheker“ (KREDA) zu Danzig hatte innerhalb eines Jahres bereits erhebliche Erfolge und einen guten Zulauf zu verzeichnen. Im Jahresbericht 1903 wird die Zahl der Genossenschaftler mit 249 und die Haftungssumme mit 250 000 Mark ausgewiesen. Die Entwicklung des Mitgliederbestandes in den folgenden Jahren hatte auch seinen Niederschlag in den stets steigenden Bilanzsummen. So stieg die Mitgliederzahl 1905 auf 538, die Bilanzsumme von 1 324 082,54 Mark übertraf zum ersten Male die Millionen-grenze.

1909 gab es schon 1 573 Mitglieder bei einer Bilanzsumme von 5 226 219,36 Mark. Schon zuvor, 1904, wurde eine

Zweigniederlassung in Berlin eröffnet, daneben gab es in verschiedenen Städten – z. B. auch in Essen – Vertrauensmänner, die mit der Vertretung der Interessen der KREDA befaßt waren.

Zweckmäßig erschien es auch, eine inzwischen bestehende Einkaufsgenossenschaft von KREDA zu trennen. Deren Verwaltung wurde Mattern übertragen. Die Gründung und Entwicklung der KREDA erregte sogar im europäischen Ausland Aufsehen und führte später in Holland und Schweden ebenfalls zur Entwicklung von Kreditvereinen auf genossenschaftlicher Basis.

Für 1904 wurden bereits 5 Prozent Dividende an die einzelnen Mitglieder gezahlt. Seit 1907 war der KREDA in der Lage, finanzielle Beihilfen an bedürftige Pharmaziestudenten zur Absolvierung des Studiums zu gewähren und auf dem Sektor des Apothekenrechtes veröffentlichte mittlerweile der Syndikus der KREDA Rechtsanwalt **Lewinsky** bemerkenswerte Artikel.

Die stetige Aufwärtsentwicklung wurde durch den Ersten Weltkrieg jäh gebremst. Nach dem verlorenen Krieg war eine Übersiedlung der Bank von Danzig nach Berlin erforderlich, die am 1. Mai 1920 vollzogen wurde. Die Bank hatte in Berlin das Grundstück Magdeburger Straße 36 gekauft. Der Geschäftsbericht des Jahres 1922 würdigt das zwanzig-jährige Bestehen des Kreditvereins

Deutscher Apotheker. Wir erfahren, daß der Apotheker **Paul Kobes** nach 20-jähriger Tätigkeit teils als Mitglied des Aufsichtsrates und zuletzt als Vorstandsvorsitzender sein Amt mit Jahresschluß 1922 niederlegt, um sich der Verwaltung seiner Apotheke in Kiel zu widmen. Der Vorstand bestand zu jener Zeit aus den Herren **Rudolf Moerler**, **Karl Brednow** und **Carl Lottermoser**.

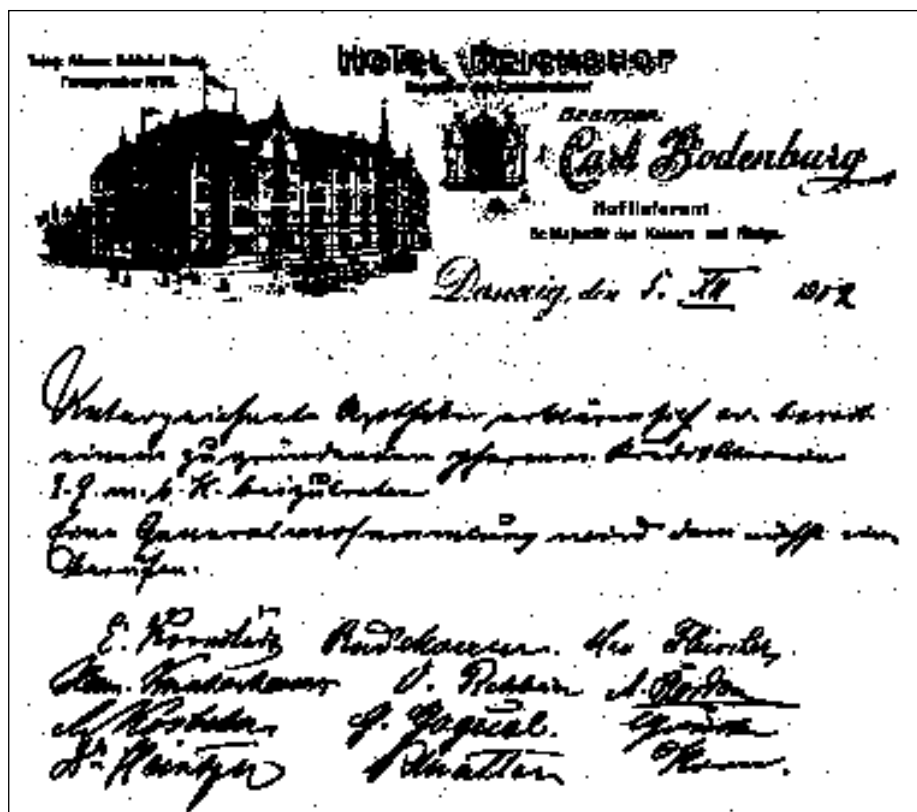
## Inflation und Bankenkrise

Die Geschäftsjahre 1923, 1924 und 1925 stehen unter dem Eindruck der Deutschland von den Alliierten auferlegten Reparationszahlungen und einer fortschreitenden Inflation. Am 11. Oktober 1923 wurde die Mark als gesetzliche Recheneinheit außer Kraft gesetzt. Zur Stabilisierung entstand die Rentenmark auf der Basis eine Rentenmark gleich eine Billion Papiermark. Der Dollar lag zu jener Zeit bei 4,2 Billionen Papiermark oder 4,2 Rentenmark.

Inflation und Umstellung auf die neue Währung hatten bei der Apothekerbank zur Stagnation geführt. Hinzu kam, daß ein eingestellter Effektenhändler illegale Geschäfte unter Täuschung der Direktoren und des Aufsichtsrates tätigte, die zu erheblichen Verlusten führten. Die Bank stand im Jahre 1924 kurz vor dem Konkurs. Dieser konnte durch Einzahlung von 200 Goldmark eines jeden Genossen sowie durch Verhandlungen mit den Gläubigern noch gerade abgewendet werden. Ebenso wurde ein neuer Verwaltungskörper der KREDA gewählt.

Der Umbau des Geschäftsgebäudes im Jahre 1928 läßt nach den Sanierungsjahren darauf schließen, daß es mit der Bank wieder aufwärts ging. Das Jahr 1931 ist gekennzeichnet durch eine in Deutschland auf 28 Prozent steigende Arbeitslosigkeit und die große Bankenkrise. Dies hatte eine Fülle von Notverordnungen durch die Reichsregierung zur Folge. In Zusammenhang mit der Überwindung der Bankkrise entstanden die heute noch bestehenden drei Großbanken – Deutsche Bank, Dresdner Bank und Commerzbank. Der Vorstand der KREDA stand durch die Erschütterung des allgemeinen Vertrauens vor einer Belastungsprobe, die noch vergrößert wurde durch die gesetzlichen Beschränkungen der Verfügbarkeit über Bankguthaben.

Der Geschäftsbericht von 1938 berichtet über die gesteigerte Tätigkeit. Mit Stolz wird hervorgehoben, daß es „der natio-





nalsozialistischen Wirtschaftspolitik zuzuschreiben ist, konjunkturelle Schwankungen auszugleichen und die Arbeitslosigkeit einzudämmen“. Im Einvernehmen mit dem Reichsapothekenführer wurde am 29. Dezember 1938 in einer außerordentlichen Generalversammlung der einstimmige Beschluß gefaßt, die KREDA mit der SPADA (Spar- und Kreditgenossenschaft Deutscher Apotheker) zur Deutschen Apothekerbank eGmbH zu vereinigen.

Nach Ende des zweiten Weltkrieges stellte die Deutsche Apothekerbank, deren Gebäude in Berlin im Jahre 1943 einem Bombenangriff zum Opfer gefallen war, ihre Tätigkeit ein und wurde ein ruhendes Institut. In einem Protokoll des Vorstandes vom 4. April 1945 heißt es: „Fliegeralarm endet 11 Uhr. Da eine Beschlußfähigkeit nicht zustande kam, wurde die Sitzung auf den 10. April 1945 verlegt. Unsere letzte Schreibmaschinenkraft hat, ohne vorherige Rücksprache, Berlin verlassen.“

## Wiederaufbau in Düsseldorf

Da die Banken in Berlin aufgrund verschiedener Auflagen der damaligen Militärbehörden – anders als in den besetzten Westzonen – Restriktionen ausgesetzt waren, kam der Plan nach einer Sitzverlegung des Bankinstitutes in den westdeutschen Raum auf. Die offizielle Genehmigung der neuen Westdeutschen Apothekerbank eGmbH mit Sitz in Düsseldorf erfolgte am 27. September 1949. Der Vorstand des neugegründeten Institutes regte die Ausdehnung der Geschäftstätigkeit auf alle Heilberufe – auf Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte – sowie Förderer der Heilberufe an. Bereits am 30. September 1949 folgte der offizielle Anschluß der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten. Der Name der Bank erhielt 1950



Foto: APO-Bank

Dr. med. dent Karl Winter, 1900–1984

den Zusatz „Bank für Gesundheitswesen“.

Im Jahre 1950 war die Mitgliederzahl auf 750 angestiegen. Geeignete Räumlichkeiten waren vonnöten. Bis dahin war die Bank in den Privaträumen des geschäftsführenden Vorstandsmitgliedes **Fritz Bauer** in der Schumannstraße 81 untergebracht. Es wurde beschlossen, zunächst Büroräume in der Düsseldorfer Innenstadt, Königsallee 38/40 über der Lichtburg, anzumieten. Der Plan, ein geeignetes Grundstück aufzukaufen, wurde aus Kostengründen fallengelassen. Für die Entwicklung der Bank war die Ausdehnung auf die weiteren Heilberufe die entscheidende Wendung.

Die endgültige Umfirmierung in **Deutsche Apotheker- und Ärztebank** fand wegen behördlicher Einsprüche erst viel später – am 14. Juli 1957 – statt. In verschiedenen Verhandlungen mit dem Innenministerium als aufsichtsführender Behörde hatten **Dr. Rudolph Weise**

(1898–1972) für die Ärzteschaft und Kammerpräsident **Karl Winter** (1900–1984) für die Zahnärzteschaft in ihrer Funktion als Aufsichtsratsmitglieder auf ein besonderes Interesse der Bank zur Firmierung hingewiesen. Hinter der Weigerung der Bankenaufsichtsbehörde standen die Großbanken, die kein Interesse an der Entstehung weiterer Standesbanken hatten.

Ab 1951 wurde **Paul Schröder** Nachfolger von **Fritz Bauer** als Bankdirektor. Ein Ereignis besonderer Art war die Verschmelzung der **Westdeutschen Apothekerbank Düsseldorf** mit der **ruhenden Deutschen Apothekerbank Berlin** am 5. Juni 1955. Durch diese Fusion war das Institut in Düsseldorf offiziell Rechtsnachfolger der 1902 gegründeten Bank. Im Jahre 1958 waren die angemieteten Geschäftsräume in der Königsallee für die erweiterte Aufgabenstellung zu eng geworden. So wurde das Haus in der Alleestraße Nr. 5 (später Heinrich-Heine-Allee 5) erworben und umgebaut. Im Jahre 1962 kam dann das Nachbargrundstück Nr. 6 für einen geplanten Erweiterungsbau hinzu.

Bereits 1955 sind erste Filialen in Berlin und Stuttgart errichtet worden. Im Geschäftsjahr 1957 bestanden neben der Zentrale Düsseldorf, Zweigstellen in Berlin, Stuttgart, Hamburg und Hannover; hinzu kamen im Jahre 1958 München und Frankfurt/Main. Seit der wirtschaftlichen Wiedereingliederung des Saarlandes im Juli 1959 erstreckte sich die Geschäftstätigkeit der Bank auch auf dieses Bundesland. (Wird fortgesetzt!)

Dr. Kurt J. Gerritz

Quelle:

Gatzenmeyer, Vera Yvonne: *Geschichte der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG und ihre Bedeutung als Selbsthilfeeinrichtung, Dissertation, Düsseldorf 1988*

## Spargelsymposium 2002

Die Bezirksgruppe  
Krefeld im Freien Verband  
Deutscher Zahnärzte  
veranstaltet ihr drittes Spargelsymposium am

**Samstag, 8. Juni 2002 (Beginn 12.00 Uhr)**  
in Straelen, im Straelener Hof, Annastraße 68



Unser Thema:

**Die Alterspyramide und das VZN**

Anmeldung: Dr. Ursula Stegemann,  
Beethovenstraße 4, 47638 Straelen,  
Telefon (0 28 34) 80 15,  
Fax (0 28 34) 89 14  
oder per  
E-Mail: uschi.otten@t-online.de

Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung eine  
unterschiedene Einzugsermächtigung  
über 20,- Euro bei  
(wird nur eingelöst, falls Sie nicht teilnehmen).



## 175 Jahre Sparkasse Wesel

50 Taler  
Spareinlage

Zu den ersten Sparkassen in der preußischen Rheinprovinz gehört die Verbands-Sparkasse Wesel. Die Gründung im Jahre 1827 erfolgte zunächst in Verbindung mit dem städtischen Leih- und Pfandhaus. Die Sparkasse war damals im gotischen Rathaus am großen Markt in einem einfachen Kontor untergebracht, wo der Rendant einmal in der Woche die Kassengeschäfte erledigte, und zwar an jedem Montag zwischen 16 und 18 Uhr.

Jede Summe von einem Taler bis 200 Taler konnte eingezahlt werden. Der Zinsfuß betrug damals vier Prozent. Das Sparbuch kostete einen Silbergroschen. Alle Geldbewegungen waren kostenlos. Die Tätigkeit des Rendanten bei der Sparkasse, die als Einrichtung der Stadt gemeinnützigen Charakter hatte, war unentgeltlich. Wesel zählte damals mit den Soldaten der Garnison über 9000 Einwohner. Sparkasse und Leihhaus waren Zwillinge und hatten die gleichen Ziele: Kampf gegen Not und Wucher.



Christian Morawsky (r.) war der erste Kunde der Sparkasse Wesel im Jahre 1827, daneben „Bürger-Kapitain“ von Hagen, Rendant von Brincken und Bürgermeister Adolphi, der als Stadtoberhaupt gleichzeitig „Sparkassendirektor“ war (Szene nachgespielt am 5. April 2002 in der Verbands-Sparkasse Wesel).

Foto: Renate Gerritz

Im ersten Paragraphen des ersten Weseler Sparkassen-Reglements liest man folgendes: „*Es soll in Wesel eine Sparkasse errichtet werden, die mit dem Leihhause in einer Verbindung stehet, und die einstweilen die Fonds, so der Erstern zufließen, in das Letztere anlegen wird. Sie wird, so wie die Leihanstalt, für die Stadt Wesel und die Umgebung derselben bestehen. Die Stadt übernimmt die Garantie dieser Anstalt.*“

Der Bürger **Christian Morawsky** war der erste Kunde der neugegründeten Sparkasse. Er zahlte am 1. Oktober 1827 eine Minute vor 16 Uhr 50 Taler als erste Spareinlage ein. Dafür erhielt er „vier vom hundert für jedes Jahr“ Zinsen. Diese 50 Taler waren die erste Spareinlage der Städtischen Sparkasse Wesel. Für den Silbergroschen bekam Morawsky das in § 13 des Reglements versprochene „*Bescheinigungs-Büchelchen, worin die Zahlung, so er einlegt, verzeichnet wird.*“

Natürlich wurden Sparer und Spareinlage auch als Nummer Eins in das „*Haupt-Buch der Spaar-Kasse zu Wesel, 1ter Band*“ eingetragen. Das tat Rendant und Buchhalter **von Brincken** in seiner gewohnt präzisen Schrift, wobei er nicht unterließ, gewisse Anfangs- und Endbuchstaben mit fast künstlerischem Schwung zu malen. Vor allem hatte es ihm das große E angetan.

Im ersten Sparkassenvorstand war Bürgermeister **Adolphi** „Sparkassendirektor“, Herr von **Tümping** vertrat den Stadtrat und „Bürger-Kapitain“ **von Hagen** die Bürgerschaft. Bürgermeister Adolphi war mit einer Spareinlage von zehn Talern am Gründungstag am 1. Oktober 1827 auch der zweite Kunde. Da aller guten Dinge drei sind, kam am selben Tag noch ein dritter Sparkunde. Der „Schulfonds der Schule am Fusterberg“ erhielt ein Sparbuch über 18 Taler. Dann schloß Buchhalter von Brincken den Schalter bis zum nächsten „Spartag“ am folgenden Montag.

Dr. Kurt J. Gerritz



Der Marktplatz in Wesel auf einem Stich von J. M. Kolb um 1850. Im Rathaus mit dem kleinen Türmchen residierte zunächst auch die Sparkasse.



# Gutachten im Gerichtsverfahren

## Falldarstellung

Im Februar 1996 beschloß der Beklagte, der niedergelassener Zahnarzt ist, beim Kläger mehrere Zähne im Unterkiefer zu einer späteren Versorgung mit Brücken. Die Präparation erfolgte unter Leitungsanästhesie. Bei einer der in diesem Zusammenhang erfolgten Injektionen blieb die Injektionskanüle – ob ganz oder teilweise, ist streitig – am Einstichort, intraoral am Ende des rechten Unterkieferastes, im Muskelgewebe stecken. Weil das steckengebliebene Teil unter der Schleimhaut lag, gelang dem Beklagten die Entfernung nicht. Er brach die Behandlung deshalb ab und riet dem Kläger, sich in der Universitätszahnklinik vorzustellen.

Ein dort noch am selben Tag vorgenommener Versuch, den Fremdkörper zu entfernen, scheiterte. Desgleichen eine am Folgetag von intraoral her durchgeführte Operation. Erst durch einen weiteren Eingriff, nämlich in einer weiteren, nunmehr von extraoral her ausgeführten Operation, gelang es, den Fremdkörper zu entfernen.

Der Kläger rügte das Vorgehen des Beklagten im Zusammenhang mit der Injektion, bei der der Fremdkörper im Kiefer steckenblieb, als gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze verstoßend. Der Kläger behauptet, der Beklagte habe die Injektionskanüle vor dem Einstich verbogen. Dies sei, so meint der Kläger, fehlerhaft, weil sich hierdurch die Gefahr eines Kanülenbruchs erhöhe. Der Kläger behauptet, die Injektionskanüle sei in seinem Kiefer abgebrochen.

## Beweisbeschluß des Landgerichts

1. Verstieß der Beklagte, als er dem Kläger eine Leistungsanästhesie rechtsseitig setzte, gegen hierfür anerkannte Grundsätze zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja: Inwiefern? Insbesondere: Verbog der Beklagte die Injektionsnadel vor dem Einstich?
2. Wenn und soweit eine Fehlbehandlung seitens des Beklagten bejaht wird: Blieb deswegen die Nadel – oder ein Teil der Nadel – im Gewebe stecken?

3. Welche typischen Risiken – mit welcher Komplikationsdichte – sind mit einer Leistungsanästhesie der dem Kläger verabreichten Art verbunden?
4. Welche zusätzlichen Schmerzen, welche zusätzlichen Belastungen und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erlitt der Kläger dadurch, daß die Injektionsnadel – oder ein Teil hiervon – in seinem Kiefer steckenblieb?  
Gibt es beim Kläger als Folge des Steckenbleibens bis heute fortdauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen?  
Wenn ja: Wie stellt sich insoweit die weitere Prognose für die Zukunft dar?

### Beweismittel

Als Beweismittel standen zur Verfügung:

1. Die Prozeßakten, daraus insbesondere
  - a. das operativ entfernte Fragment der Injektionsnadel
  - b. der erste Operationsbericht aus der Universitätsklinik
  - c. der zweite Operationsbericht aus der Universitätsklinik
  - d. der kieferchirurgisch-fachärztliche Behandlungsbericht
  - e. die Berichterstattung der Universitätsklinik
  - f. die Aufzeichnungen des Krankenblattes der Universitätsklinik
  - g. die Originalkarteikarte des Patienten aus der Praxis des Behandlers
  - h. die OPG-Übersichtsaufnahme aus der Universitätsklinik
  - i. die NNH-Aufnahme aus der Universitätsklinik
  - j. Kopien der Krankenakte aus der Universitätsklinik

2. Die zahnärztliche Untersuchung des Klägers in der Gutachter-Praxis.

Anläßlich der Begutachtung wurde eine OPG-Übersichtsaufnahme angefertigt, um das mitgelieferte Beweisstück (frakturierte Kanüle) mit der auf der präope-



rativen Aufnahme in situ befindlichen frakturierten Kanülen vergleichen zu können.

Anamnestisch gab der Patient an, er habe sich im Februar 1996 in zahnärztlicher Behandlung bei Herrn Dr. H. befunden. Im Rahmen eines Präparationstermins zur prothetischen Versorgung des rechten Unterkiefers habe vor der Abdrucknahme die Anästhesie nachgelassen. Um ein adäquates Trockenhalten zu gewährleisten, habe der Behandler nachinjiziert. Der Zahnarzt habe vor dem Einstich die Injektionskanüle verbogen, um den Nervenaustrittspunkt besser zu erreichen. Nachdem er das Lokalanästhetikum injiziert habe, sei beim Herausziehen die Kanüle abgebrochen und das vordere Stück im Weichgewebe verblieben. Der Zahnarzt habe daraufhin versucht, das Fragment zu entfernen. Da es ihm nicht gelang, die abgebrochene Nadel zu ergreifen, habe er den Patienten an die Universitätsklinik verwiesen. Dort sei zuerst vergeblich versucht worden, den Nadelrest intraoral zu entfernen. Auch die operative intraorale Entfernung scheiterte. Erst in erneuter Intubationsnarkose konnte das Fragment von extraoral ergriffen werden. Der Patient gibt an, seitdem unter Taubheitsgefühlen im Operationsbereich zu leiden. Des Weiteren seien Probleme bei der Mundöffnung aufgetreten, die sich allerdings mittlerweile gelegt hätten. Er beklagt außerdem die Narbe, die im Zuge des extraoralen Eingriffs entstanden sei.

### Befund

- a. klinischer Befund  
*intraoral (Zahnstatus siehe unten)*

c	c	c				k			c					c	
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	c	f	z	z								z	f	z	

f = fehlender Zahn z = zerstörter, nicht erhaltungswürdiger Zahn c = kariös erkrankter Zahn k = mit einer Krone versehener Zahn.

Das Lückengebiss des Patienten ist stark sanierungsbedürftig. Sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer finden sich zahlreiche kariös erkrankte sowie nicht erhaltungswürdige Zähne. Der Zahn 47 ist präpariert, jedoch prothetisch unversorgt. Intraoral ist am rechten aufsteigenden Unterkiefers eine schmale Narbe im Bereich der Injektionsstelle festzustellen.

#### Extraoraler Befund

Extraoral erkennt man auf der rechten Kopfhälfte unterhalb der Ohrspitze eine parallel zum aufsteigenden Unterkieferast verlaufende, ca. vier cm lange Narbe. Die Narbe ist gut verheilt und kaum sichtbar.

## Beantwortung der Beweisfragen

1. Die Leitungsanästhesie ist die übliche Anästhesiemethode bei zahnärztlichen Eingriffen im Unterkiefer. Bei dieser Technik wird der Nervus Alveolaris inferior an seiner Eintrittsstelle in den knöchernen Mandibularkanal mit dem Lokalanästhetikum anästhesiert. Als Folge werden alle Zähne und Schleimhautbereiche derselben Unterkieferseite schmerzempfindlich. Die übliche Injektionstechnik besteht in einem Einstich ca. 1 mm oberhalb der Okklusionsebene der Molaren, lateral der Plica pterygomandibulare. Dieser Stelle entspricht beim Erwachsenen in etwa der Lage des Foramen mandibulare, der Nerveneintrittsstelle. Die Injektionsnadel wird dann etwa 2 cm tief eingeführt, bis die Kanüle Knochenkontakt spüren läßt.

Sie wird dann leicht zurückgezogen und nach vorhergehender Aspiration, welche dem Ausschluß von Injektionen in Blutgefäße dient, erfolgt die langsame Abgabe der Anästhesielösung. Im allgemeinen wird heute die direkte Methode zur Blockade des Nerven bevorzugt. Hierbei wird bei weit geöffnetem Mund von der Gegenseite kommend (Eckzahnregion der Gegenseite) in die erkennbare Einziehung (Pterygotemporal-Depression) eingestochen. Des Weiteren wird von einigen Behandlern auch noch die indirekte Methode angewandt. Diese Methode wird auch als Schwenkmethode bezeichnet. Die Injektion erfolgt hierbei von der Unterkiefermitte her. Die Spritze wird dann nach lateral geschwenkt, so daß die Kanülenspitze 1,5 cm nach dorsal entlang des Knochens vorgeschoben werden kann. Die Spritze wird abschließend zurückge-

schwenkt, so daß sie sich über der Prämolarenregion der Gegenseite befindet.

Um den Nerveneintrittspunkt optimal zu erreichen, biegen einige wenige Behandler die Injektionsnadel ab. Dieses Vorgehen ist die Ausnahme und entspricht nicht der gängigen Lehrauffassung.

Im Rahmen der Begutachtung gab der Patient an, Dr. H. habe die Injektionsnadel „abgebrochen“. Ein Verbiegen der Nadel konnte auch bei der Inspektion der fraglichen Kanüle festgestellt werden. Nun wird eine Deformation in unterschiedlichen Ebenen ersichtlich. Inwieweit diese auch zusätzlich von den folgenden operativen Eingriffen, die der Entfernung der Kanüle dienten, herühren, ist nicht sicher. Auf der präoperativ angefertigten OPG-Aufnahme sieht man allerdings bereits deutlich eine Abknickung.

2. Ob bei dem Beklagten eine Fehlbehandlung festgestellt werden kann, hängt weitestgehend von dem von ihm verwendeten Materialien ab. Bei den heute üblicherweise verwendeten dünnen Einmalkanülen kann laut diverser Lehrbücher (siehe Quellenhinweise im Anhang) sowie der schriftlichen Auskunft des Pharma-Unternehmens Hoechst Marion Roussel, ein Kanülenbruch – selbst beim Vorverbiegen der Nadel – ausgeschlossen werden. Bei dem mitgelieferten Beweisstück, nämlich der operativ entfernten Injektionsnadel, handelt es sich zweifelsfrei nicht um eine übliche, dem heutigen Standard entsprechende Injektionsnadel. Die vorliegende Kanüle ist im Querschnitt mehrfach dicker als die handelsüblichen Produkte. Des Weiteren ist der Schliff der Spitze deutlich abweichend. Ob es sich bei dieser Kanüle um eine früher übliche, mehrfach verwendbare sterilisierbare Kanüle handelt, kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden, ist aber wahrscheinlich. Auffallend ist allerdings, daß auf den Röntgenbildern aus der Universitätsklinik, die die Nadel in situ dokumentieren, eine scheinbar dünnere Kanüle ersichtlich wird. In einem Telefonat mit dem Behandler fragte ich diesen, welche Art von Injektionsnadeln er verwendet. Er gab an, die heute üblichen dünnen Einmalkanülen zu benutzen, von denen er mir nach Aufforderung zwei Exemplare per Post zustellte. Im Rahmen der Klärung der Beweisfragen dieses Gutachtens wurde von mir ebenfalls eine OPG-Übersichtsaufnahme angefertigt, bei der ich mir sowohl die

als Beweisstück vorliegende dickere Kanüle als auch die mir zugesandte Kanüle auf der Wange befestigte. Bei einem Vergleich dieses Röntgenbildes mit dem Röntgenbild der Universitätsklinik, das im gleichen Verfahren hergestellt wurde, konnte festgestellt werden, daß die als Beweisstück beiliegende Kanüle deutlich dicker ist als die im Operationsbereich erfaßte Nadel auf der Universitätsklinik-Aufnahme.

Es bestehen aus meiner Sicht begründete Zweifel, daß es sich bei dem Beweisstück tatsächlich um die zuvor in situ geröntgte Nadel handelt.

Im Verlauf einer Lokalanästhesie sind unterschiedliche Komplikationen möglich. Allerdings sind Zwischenfälle dank der guten Verträglichkeit der heute verwendeten Anästhetika sowie des verwendeten Injektionsinstrumentariums heute selten.

Man unterscheidet generell zwischen allgemeinen Komplikationen wie Ohnmacht, Intoxikation und allergischen Reaktionen und lokalen Komplikationen. Zu den lokalen Komplikationen gehören Hämatome (Verletzung eines Gefäßes bei der Injektion), Fazialislähmung (Infiltration in die Ohrspeicheldrüse), Schluckstörung (Diffusion des Anästhetikums in den Rachenbereich), Nervenschädigung, Kopfschmerzen, Nekrose und Kanülenbruch.

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um die lokale Komplikation eines Kanülenbruchs. Bei der Verwendung von Einmalkanülen ist der Kanülenbruch heute eine seltene Komplikation. (Quellen: Schwenzer, Grimm: „Lehrbuch der Zahn-, Mund-, und Kiefer-Heilkunde“; Informationsschreiben der Firma Hoechst Marion Roussel, Gabka: Komplikation und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung).

Die Komplikation des Kanülenbruchs kam bei der Benutzung der früher üblicherweise verwendeten sterilisierbaren mehrfach verwendeten Kanülen häufiger vor. Diese Kanülen wurden durch zu häufigen Gebrauch und oftmaliges Sterilisieren spröde. Diese Frakturen erfolgten meist am Kanülenpavillon, der besonders bei mehrfach sterilisierten Kanülen einen Schwachpunkt darstellt. Verursacht wird der Bruch meist durch eine Schwenkbewegung bei bereits tief eingestochener Kanüle. Ist das Kanülenende nicht mehr sichtbar und kann somit nicht mehr mit einer Klemme herausgezogen werden, wird eine sofortige Kli-



nikeinweisung nötig mit der Anweisung, den Mund geschlossen zu halten (Kanülenwanderung).

3. Zweifelsfrei erlitt der Patient infolge der abgebrochenen Injektionsnadel Schmerzen und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Sowohl die intraoralen Eingriffe als auch der extraorale erforderten Lokal- sowie Allgemeinanästhesien, teilweise größere Schnittführungen, Manipulationen im Gewebe sowie sicherlich als Folge auftretende Wundschmerzen. Nach den Operationen klagte der Patient über neurologische Beschwerden (sensibel und motorisch), die vermutlich direkt mit den chirurgischen Eingriffen zusammenhängen. Zusätzlich belastet den Patienten die von extraoral gut sichtbare Narbe. Diese Narbenbildung erstreckt sich parallel zum aufsteigenden Unterkieferast der rechten Kopfhälfte und ist ca. 4 cm lang. Im Rahmen der Begutachtung konnte allerdings festgestellt werden, daß die Narbe entzündungsfrei und gut verheilt war. Inwieweit fortdauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen bleiben bzw. auftreten werden, läßt sich meinerseits nicht definitiv prognostizieren. Während die entstandene Narbe lebenslang sichtbar bleiben wird, kann jedoch vermutlich mit einer Verbesserung der neurologischen Symptomatik gerechnet werden.

#### Anhang

Für die Beantwortung der Beweisfragen habe ich folgende Quellen herangezogen:

1. N. Schwenzer, G. Grimm et al.:

Lehrbuch der Zahn- Mund- Kiefer-Heilkunde, Thieme Verlag 1988

2. J. Gabka: Komplikationen und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung; Thieme Verlag, 3. Auflage

3. Die schriftliche Auskunft der Firma Hoechst Marion Roussel zur Frage der Häufigkeit von Kanülenbrüchen: *Kanülenbrüche kamen früher bei den mehrfach benutzten und sterilisierten Nadeln relativ häufig vor (Materialermüdung). Bei den heutigen Einmalkanülen sind Brüche praktisch auszuschließen. Statistisches Datenmaterial liegt leider nicht vor.*

### Das Urteil

Die Klage ist unbegründet (AZ 25 0 44/99, Landgericht Köln).

Entscheidungsgründe: Die Voraussetzungen der §§ 823 1, 847 1 BGB, der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage, sind nicht erfüllt. Denn der Beklagte verstieß im Zusammenhang mit der streitgegenständlichen Injektion nicht gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze.

Mit ihrer vorgenannten zusammenfassenden Feststellung sowie mit ihren nachfolgenden Feststellungen zu den zahnmedizinischen Einzelheiten folgte das Gericht dem – insbesondere anhand von Röntgenbildern – überzeugend begründeten Gutachten des Sachverständigen, der ihr auch aus zahlreichen anderen Verfahren als kompetenter, zuverlässiger und persönlich unabhängiger Gutachter bekannt ist.

Allerdings steht – entgegen dem Vortrag des Beklagten – fest, daß er die Injektionskanüle vor dem Einstich vorgebogen hatte und daß die Kanüle im Kiefer des Klägers abbrach, nicht etwa als Ganzes aus ihrer Halterung herausrutschte. Näherer Ausführungen hierzu bedarf es nicht. Denn der Beklagte verstieß dadurch, daß er die Injektionskanüle vor dem Einstich vorverbog, nicht gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze. Es haben sich auch keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß der Beklagte sonst in fehlerhafter Technik gespritzt hätte. Das Vorverbiegen der Kanüle erklärt sich plausibel aus der vom Beklagten – im Einklang mit anerkannten Behandlungsgrundsätzen – praktizierten sog. indirekten Injektionsmethode. Bei dieser Technik soll das Vorverbiegen der Nadel das Erreichen des Nerveneintrittspunktes erleichtern.

Das Vorverbiegen der Injektionsnadel war auch nicht deshalb fehlerhaft, weil es das Risiko eines Kanülenbruchs erhöht hätte. Denn es steht fest, daß der Beklagte für die Injektion eine der heute – und schon seit etwa 20 Jahren – üblichen, sehr dünnen, zum einmaligen Gebrauch bestimmten und in sich flexiblen Kanülen verwendete. Dies ergibt sich aufgrund der vom Gericht in Augenschein genommenen Röntgenbilder, nämlich dem in der Universitätszahnklinik präoperativ gefertigten OPG in Verbindung mit dem vom Sachverständigen – im Selbstversuch – gefertigten Vergleichs-OPG. Eine dünne Einmalkanüle aber kann, wie der Sachverständige

Hand aufs Herz, wie dick ist Ihr Fell?  
 Hand aufs Herz, wie dick ist Ihr Fell, wenn Liquiditätsengpass und Forderungsausfall Sie erkaltt erwischen?



Wie stehts um Ihre Liquidität?  
 Sicherheit vor Forderungsausfällen?  
 Unterstützung Ihrer Patienten?  
 Entlastung Ihrer Verwaltung?

Es gibt viele gute Gründe,  
 Eine Initiative von Zahnärzten für Zahnärzte

Und wie lange halten Sie ständig wachsendem Verwaltungsdruck stand?  
 Zeit und Kraft, die Sie besser nutzen könnten!

die für ZA-Factoring sprechen!

Wir machen uns für Sie stark!

Mehr Infos gebührenfrei unter 0800/9292582

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG



dige überzeugend erläutert hat, ohne Erhöhung der – ohnehin ganz geringen – Bruchgefahr vorgebogen werden, eben weil eine solche Kanüle in sich flexibel ist. Dem gegenüber ist der vom Kläger vorgelegte Kanülenteil nicht identisch mit dem Nadelteil, der seinerzeit in seinem Kiefer steckte. Dies folgt aus den vorgenannten Röntgenbildern. Der vom Kläger vorgelegte Kanülenteil kann nicht mit dem präoperativen OPG aus der Universitätszahnklinik in Einklang gebracht werden, weder was die Stärke des Teils angeht, noch hinsichtlich des Verhältnisses des kürzeren zum länge-

ren Schenkel. Insbesondere was die Stärke des Teils angeht, liegt vielmehr ein ganz augenfällig deutlicher Unterschied vor, der sich auch nicht aus der Röntgenaufnahme-technik erklärt, dies um so weniger, als die im OPG der Universitätszahnklinik abgebildete Stärke des Fremdkörpers zwanglos zu einer dünnen Einmalkanüle paßt.

Wenn der Kläger all dem gegenüber dennoch behauptet, der, von ihm vorgelegte Kanülenteil habe seinerzeit in seinem Kiefer gesteckt, ist diese Behauptung unbeachtlich, weil der Kläger

mit ihr gegen seine prozessuale Verpflichtung zu sachlich richtigem, in sich widerspruchsfreiem Vortrag verstößt (§ 138 ZPO). Es ist nämlich in sich widersprüchlich, daß der Kläger das vorerörterte, eindeutige Beweisergebnis nicht einmal ansatzweise angreift, andererseits aber dennoch die vorzitierte Behauptung aufstellt, die mit dem Beweisergebnis gerade nicht zu vereinbaren ist. Dem vom Kläger in diesem Zusammenhang angebotenen Zeugenbeweis war demgemäß nicht nachzugehen.

Landgericht Köln, AZ 25 0 44/99  
Dr. Rüdiger Butz

## Ausschreibung der AG Keramik

# Forschungspreis 2002 prämiert Fortschritte in der Zahnrestauration mit Dentalkeramiken

Zum dritten Mal seit ihrem Bestehen schreibt die Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V. erneut den Forschungspreis für bisher noch nicht eingereichte wissenschaftliche Arbeiten auf den Gebiet der vollkeramischen Zahnversorgungen aus.

Für den neuen Forschungspreis 2002 können sich Zahnärzte sowie Wissenschaftler und Arbeitsgruppen bewerben, die in der medizinischen oder zahnmedizinischen Forschung tätig sind. Auch das ausführende Dentallabor kann als Mitglied einer Arbeitsgruppe teilnehmen. Im Rahmen des Themas werden klinische Untersuchungen angenommen, die auch die zahntechnische Ausführung umfassen können. Materialtechnische Untersuchungen liegen ebenfalls im Fokus der Ausschreibung. Zugelassen sind auch klinische Arbeiten, die sich mit der computergestützten Fertigung (CAD/CAM) und Eingliederung von Brückengerüsten, Kronen, Einlagefüllungen und Implantat-Suprastrukturen befassen.

Die einzureichenden Arbeiten können folgende Inhalte haben:

- Defektorientierte Behandlung für den Einsatz vollkeramischer Werkstoffe,

- Darstellung von Risikofaktoren mit Keramikwerkstoffen und Befestigungssystemen,
- Erfahrungen mit adhäsiven Verfahren,
- Bearbeitungstechniken verschiedener Keramiken,
- Untersuchungen über das Langzeitverhalten,
- Evaluation für eine praxisgerechte Umsetzung.

Der Forschungspreis ist mit 3600 Euro dotiert. Einsendeschluß ist der 30. September 2002 (Poststempel). Die Arbeit wird vom unabhängigen wissenschaftlichen Beirat der AG Keramik bewertet. Dieser Jury gehören an: PD Dr. Frankenberger (Erlangen), Prof. Dr. Kunzelmann (München), Prof. Dr. Noack (Köln), Prof. Dr. Pospiech (München), Dr. Reiss (Ettlingen), Prof. Walther (Karlsruhe), Dr. Wiedhahn (Buchholz). Die Initiatoren der Ausschreibung begrüßen insbesondere die Bewerbung von Nachwuchswissenschaftlern.

### Teilnahmebedingungen

Die Arbeiten sind anonym in einem Umschlag – mit einem Kennwort versehen – bis zum 30. 9. 2002 einzureichen; sie

dürfen auf keine Weise den Autor erkennen lassen. Der Arbeit soll ein verschlossener Umschlag beigelegt sein, der mit dem Kennwort beschriftet ist. Darin soll die Adresse des Autors oder der Arbeitsgruppe genannt sein. Eine schriftliche Erklärung soll beigelegt sein, die bestätigt, dass der Bewerber die Bedingungen des Forschungspreises der AG Keramik anerkennt.

Die Arbeit ist in vier Exemplaren in deutscher Sprache in publikationsreifer Form abzugeben. Der Umfang sollte 20 Seiten DIN A 4 einschließlich Abbildungen nicht übersteigen. Die gleichzeitige Einreichung für ein anderes Ausschreibungsverfahren ist nicht gestattet. Es werden Arbeiten, die auf Dissertationen und Habilitationen beruhen, anerkannt – wobei zur anderweitigen Veröffentlichung vorgesehene Arbeiten von der AG Keramik nur angenommen werden, wenn sie erst nach dem 30. 9. 2002 an Dritte zur nochmaligen wissenschaftlichen Publikation eingereicht werden.

Sofern die mit dem Forschungspreis 2002 ausgezeichneten Arbeiten zum Zeitpunkt der Preisverleihung noch nicht veröffentlicht sind, wird deren Publikation von der AG Keramik unterstützt.

Der Forschungspreis 2002 wird verliehen im Rahmen einer wissenschaftlichen Fachtagung.

Die Arbeiten sind einzureichen bei der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Keramik, Dürerstraße 2 A, 76275 Ettlingen.

Nähere Informationen erhalten Sie per Telefon (07 21) 9 45 29 29, Fax (07 21) 9 45 29 30 oder per E-Mail: AG-Keramik@t-online.de.



Zwei Meinungen:

# Neue Analgetika im Widerspruch

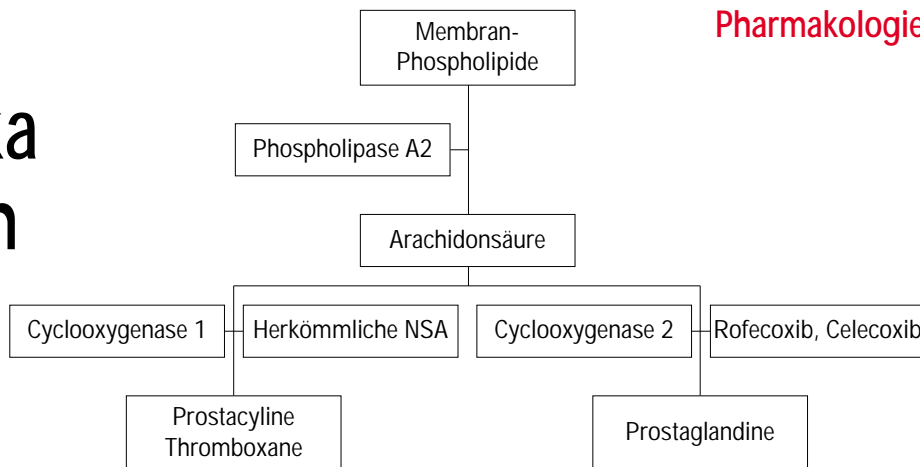
Traditionelle Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Diclofenac, die zu den nonsteroidalen Antiphlogistica (NSA) gehören, werden in der zahnärztlichen Praxis häufig zur Linderung von akuten und chronischen Schmerzen verabreicht. Bei fortwährender Einnahme während einer Zeitdauer von Wochen oder Monaten steigt jedoch das Risiko, daß Nebenwirkungen wie Geschwüre im Darmtrakt, Blutungen oder Nierentoxizität auftreten.

Zwei neue Analgetika sind jetzt auf dem Markt: Celecoxib und Rofecoxib, in Deutschland erhältlich unter dem Namen Celebrex® und Vioxx®. Sie wurden entwickelt, um die bei fortdauernder Einnahme von herkömmlichen NSA auftretenden Nebenwirkungen zu vermindern.

## Pharmakologische Aspekte der NSA

Die Wirkstoffe dieser Medikamentenklasse blockieren die Produktion zahlreicher Entzündungsmediatoren, wie Prostaglandinen, Prostacyclinen und Thromboxanen. Nach einer Verletzung der Zellmembran werden deren Phospholipide durch die Phospholipase A3 in ihre Fettsäuren gespalten. Eine davon ist die Arachidonsäure. Diese wird durch die Enzyme Cyclooxygenase1 (COX-1) in Prostacycline und Thromboxane und durch die Cyclooxygenase2 (COX-2) in Prostaglandine umgewandelt. COX-1-Enzyme sind cytoprotektiv, d. h. sie sind verantwortlich für die Regulation physiologischer Zellaktivitäten im Magen, in der Niere und in den Blutplättchen. Sie sind ständig in der Zellmembran vorhanden.

COX-2-Enzyme sind nicht ständig präsent, sie treten nur bei einer Verletzung oder bei Entzündungsvorgängen der Zellmembran in Erscheinung. Freigesetzt werden sie durch Makrophagen und Monocten, die bei Entzündungsreaktionen nach zwei bis drei Stunden an den Ort der Entzündung migrieren. Daher treten diese Enzyme erst später auf.



Traditionelle Schmerzmittel inhibieren sowohl COX-1- als auch COX-2-Enzyme, wodurch es bei längerem Gebrauch selbiger zu Störungen in den physiologischen Vorgängen im Magen-Darm-Trakt und zu Blutgerinnungsstörungen kommt. Die Analgetika der neuen Generation – sie werden als COX-2-Inhibitoren bezeichnet – bewirken dagegen eine spezifische Blockade der COX-2-Enzyme, die COX-1 bleiben intakt.

## Schlußfolgerung

Anhand einiger klinischer Multicenter-Studien vergleichen die Autoren die analgetische Wirksamkeit der neuen mit den traditionellen Analgetika. Diese zeigen, daß z. B. Rofecoxib in einer Dosierung von 50 mg der maximalen Wirksamkeit von 400 mg Ibuprofen entspricht, wobei Rofecoxib eine längere Wirkungsdauer aufweist. Obwohl die Studien beweisen, daß beide Mittel – Celecoxib und Rofecoxib – die Nebenwirkungen im Magen-Darm-Bereich (Ulcerationen) und verlängerte Blutungszeiten zu vermindern scheinen, sind sie dennoch nicht völlig auszuschließen. Die Autoren weisen darauf hin, daß weiterhin Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen bei chronischem Gebrauch angebracht sind, bis weitere klinische Erfahrungen gesammelt worden sind.

## Klinische Empfehlungen für den Zahnarzt

- Cyclooxygenase-Hemmer stellen für den Zahnarzt eine therapeutische Alternative zu herkömmlichen Analgetika dar, insbesondere zur Behandlung von entzündlichen Vorgängen im Kiefergelenk und chronischen Kiefergelenkschmerzen.
- Zur Behandlung von akuten postoperativen Schmerzen zeigt nur Rofecoxib bei einer geringeren Dosis die gleiche analgetische Wirksamkeit wie Ibuprofen 400 mg.

xib bei einer geringeren Dosis die gleiche analgetische Wirksamkeit wie Ibuprofen 400 mg.

- Beide COX-2-Hemmer haben den Vorteil, daß sie in einer Dosis von 1- bis 2mal pro Tag eingenommen werden können.
- Studien beweisen, daß beide Hemmer geringe oder keine Auswirkungen auf die Blutplättchenaggregation und somit auf Blutungsparameter aufweisen.
- Der hohe Preis der COX-2-Hemmer, verglichen mit den Standardmitteln wie Ibuprofen, schränkt jedoch eine routinemäßige Verschreibung ein.

Kathrin Cunea, Duisburg

Quelle: Moore PA, Hersh EV: Celecoxib and rofecoxib. The role of COX-2-inhibitors in dental practice. JADA, Vol. 132, 451-6, April 2001

Die Redaktion holte zu dem vorstehenden Beitrag die Meinung eines Spezialisten aus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ein. Lesen Sie nachfolgend seine Ausführungen:

Leider muß ich Ihnen mitteilen, daß ich die von den Autoren getroffenen Feststellungen etwas einseitig gerichtet finde und auch nicht der Meinung bin, daß alles, was hier steht, sich durch entsprechende Daten belegen läßt. So ist die Nierentoxizität eine typische Eigenschaft von COX-2 und nicht von COX-1-Inhibitoren. Auch ist die aus dem Text eventuell herauszulesende Schlußfolgerung, daß COX-1 gut und COX-2 schlecht ist, in dieser extremen Formulierung sicherlich nicht richtig. COX-2-abhängige Prostaglandine sind nicht nur entscheidend an Fertilisation, Schwangerschaft und

Geburt beteiligt, sondern wahrscheinlich auch an einer Reihe von anderen physiologischen Mechanismen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf Daten aus der VIGOR-Studie verweisen, bei der eine signifikant höhere Anzahl von Herzinfarkten unter Einnahme von Rofecoxib beschrieben wurde. Welche Schlüsse man immer daraus ziehen mag, eine abschließende Beurteilung der Sicherheit von COX-2-spezifischen Inhibitoren ist heute sicherlich noch nicht möglich, und deswegen sollte man entsprechend zurückhaltend auch bei der Propagierung dieser Mittel sein.

Die Feststellung der Autoren, daß Nebenwirkungen im Magen-Darm-Bereich nicht völlig auszuschließen seien, heißt nichts anderes, als daß nach dem Ergebnis großer kontrollierter Studien zur Magen-Darmverträglichkeit signifikant mehr Magen-Darmnebenwirkungen für COX-2 Inhibitoren als für Placebo gefunden wurden. Es kam lediglich zu einer geringeren Zahl von Blutungen.

Auch die Graphik ist insofern irreführend, als durch die COX-2 natürlich auch Prostacyclin gebildet wird. Diese COX-2-abhängige Prostacyclinbildung beträgt im vaskulären System immerhin ca. 70 Prozent.

Abschließend erlaube ich mir, Ihnen zu Ihrer Information ein Manuskript zuzusenden, das ich vor fast genau 2 Jahren gerne im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht hätte. Leider war dieses Organ der deutschen Ärzteschaft nicht willens oder in der Lage, meinen Leserbrief zu publizieren. Sie werden unschwer erkennen, daß er bis heute an Aktualität nichts verloren hat.

*Prof. Dr. med. K. Schrör  
Direktor des Institutes für Pharmakologie  
und Klinische Pharmakologie  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Universitätsstr. 1, Geb. 22.21  
40225 Düsseldorf  
E-Mail: kschoer@uni-duesseldorf.de*

## Analgetisch wirksam und protektiv für den Magen?

In einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes (DÄB 97/20, A-1402 (2000) wird über ein Symposium des Herstellers von Rofecoxib (Vioxx®) berichtet, in dem klinische Befunde mit diesem neuen COX-2-selektiven Inhibitor bei Arthrosepatienten vorgestellt wurden. Dabei wird besonders auf die gute Magenverträglichkeit der Substanz (Ulcusinzidenz, Mikrobloodungen) im Vergleich mit den Kontrollmedikationen Ibuprofen (2.4 mg – gemeint sind wahrscheinlich 2.4 g) und Acetylsalicylsäure (2.6 g) hingewiesen. Dazu einige Anmerkungen aus pharmakologischer Sicht:

Die Entwicklung von COX-2-selektiven Inhibitoren erfolgte ursprünglich unter der Vorstellung, daß die COX-2-abhängige Prostaglandinsynthese entscheidend für die als negativ angesehenen Prostaglandinwirkungen bei Schmerzen und Entzündung sei, während die COX-1 die für die physiologischen Prostaglandinwirkungen, z. B. bei der Hämostase, erforderlichen Produkte synthetisiert. (Grob) vereinfacht ausgedrückt: COX-1 gut, COX-2 schlecht. Ganz so simpel scheint aber die Wirklichkeit doch nicht zu sein. So wurde z. B. gezeigt, daß über die Hälfte der im allgemeinen Verständnis als positiv angesehenen Prostacyclinbildung der Gefäßwand über die COX-2 erfolgt. Da die meisten Organe des Organismus über eine eigene Blutversorgung verfügen, läßt dies vermuten, daß in allen diesen Organen auch eine COX-2-abhängige Prostacyclinbildung erfolgt. Heute geht man daher eher davon aus, daß die COX-2 Prostaglandine „on demand“ synthetisiert, wobei die funktionelle Bedeutung dieser Produkte (gut oder schlecht) zunächst völlig offen ist. Der vergleichsweise umfangreiche Katalog an möglichen Anwendungsbeschränkungen und Nebenwirkungen in der Arzneimittelinformation des Herstellers verdient in diesem Zusammenhang Beachtung.

Ein Modellansatz zum Studium der Bedeutung der COX-2 für Körperfunktionen sind „knock-out“-Tiere (Mäuse), denen das Gen der COX-2 entfernt wurde. Diese Tiere sind weder besonders gesund noch besonders lebensstüchtig, z. B. hinsichtlich ihrer Überlebenszeit und Fortpflanzung. Auch zeigen diese Tiere sehr wohl Entzündungsreaktionen, während umgekehrt COX-1 „knock-out“-Tie-

re ein ähnliches Ulcusrisiko aufweisen wie gesunde Kontrollen.

Was den menschlichen Magen betrifft, so wird wohl nicht einmal der Hersteller davon sprechen, daß Rofecoxib ein gastroprotektives Potential besitzt. Es ist sicher richtig, daß die Inzidenz von Blutungen und Ulcera im Vergleich zu Standardmedikationen deutlich vermindert ist. Allerdings sollte man fairerweise auch anmerken, daß zwischen den Zeiten, in denen Acetylsalicylsäure in Dosierungen von einigen Gramm pro Tag zur Behandlung rheumatiformer Schmerzen, „Goldstandard“ war und heute 30 Jahre erfolgreicher pharmazeutischer Forschung liegen, zu denen der Hersteller von Rofecoxib mit der Einführung von Indometazin seinerzeit nicht unwesentlich beigetragen hat. Im übrigen beziehen sich die positiven Befunde mit Rofecoxib im Magen-Darmbereich ausschließlich auf die Reduktion von Blutungen und Ulcera bzw. damit zusammenhängende morphologisch faßbare Veränderungen. Subjektive, und zumindest für die Patientencompliance nicht unwichtige, Nebenwirkungen seitens des Magen-Darm-Traktes wie: Übelkeit, Sodbrennen, Diarrhoe, Flatulenz, Obstipation u. a. sind nicht vermindert und auch in der Gebrauchsinformation des Herstellers aufgeführt.

Um nicht falsch verstanden zu werden – die Einführung COX-2-selektiver Inhibitoren als Alternative zu nicht-selektiven Substanzen ist ein innovatives und sehr überprüfenswertes neues pharmakotherapeutisches Konzept. Gerade deswegen ist es aber auch erforderlich, mögliche unerwünschte Wirkungen, die sich aufgrund des neuartigen Wirkmechanismus ergeben, möglichst frühzeitig zu erkennen und mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen. Hierzu gehören nach dem Ergebnis von Tierexperimenten u. a. eine verzögerte Ulcusheilungsrate, verzögerte Wundheilung, mögliche Interferenz mit der antithrombotischen Wirkung von Acetylsalicylsäure, Fertilitätsstörungen und mögliche Verschlechterung einer bestehenden Nierenfunktionsstörung. Auch ist nicht klar, ob für eine maximale Unterdrückung prostaglandinabhängiger Schmerzen eine alleinige COX-2 Hemmung genügt. Der endgültige Stellenwert von selektiven COX-2 Inhibitoren in der analgetischen Therapie erscheint daher noch offen.

*Prof. Dr. K. Schrör, Düsseldorf  
Leserbrief zum Artikel von Martin Bischoff,  
DÄB 97/20, A-1402 (2000)*

**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



# Eine interdisziplinäre Herausforderung: Der Lippen-Kiefer-Gaumenspalt-Patient

Die Fortbildungsreihe des Spaltzentrums an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Zöller) der Universität zu Köln fand am 20. April 2002 die Auftaktveranstaltung mit dem Thema: „Der Lippen-Kiefer-Gaumenspalt-Patient – eine interdisziplinäre Herausforderung“ statt. Über 250 Teilnehmern fanden sich zur Veranstaltung im großen Hörsaal der Universitätsklinik ein.

Die Fortbildung begann mit einer Reihe von Vorträgen zur Primärversorgung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Zur Einführung stellte Professor Kübler das Team des Spaltzentrums vor und verwies auf die gute interdisziplinäre Zusammensetzung zwischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Kieferorthopädie, Pädiatrie, HNO, Phoniatrie und Logopädie.

Dr. Scheer aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie referierte über die Häufigkeit, Ausprägung und Embryologie der verschiedenen Spaltformen. Die Inzidenz von LKG-Spalten liegt derzeit in Mitteleuropa bei zwei bis drei Kindern pro 1000 Geburten. Als auslösende Faktoren konnten neben einer genetischen Komponente mütterliche Infektionen (z. B. Röteln) aber auch teratogene Noxen, wie das Rauchen, identifiziert werden. Aufgrund des deutlich erhöhten Risikos, ein Kind mit einer LKG-Spalte zu gebären, wenn ein Eltern- oder Geschwisterkind betroffen ist, wurde auch auf die Notwendigkeit einer genetischen Beratung hingewiesen.

Im Anschluß erläuterte Herr Dr. Herkenrath aus der Universitätskinderklinik pädiatrische und neonatologische Aspekte von Kindern mit verschiedenen syndromalen und nicht syndromgebundenen Spaltformen. Eine stationäre Betreuung dieser Kinder sei nach Meinung von Dr. Herkenrath in den wenigsten Fällen (und meist nur bei Syndrom-assoziierten LKG-Spalten, wie zum Beispiel der Pierre-Robin-Sequenz und dem velo-

cardiofacialen Syndrom) erforderlich. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Möglichkeiten der Früherkennung von Lippenspalten im Rahmen der pränatalen Ultraschalldiagnostik hingewiesen.

Von seiten der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde konnte Professor Dr. Eckel als Referent gewonnen werden. In seinem Vortrag ging er auf die pathophysiologischen Zusammenhänge zwischen den Spaltbildungen des funktionell wichtigen Gaumens (Velum) und der Hör- und Sprechfunktion ein. Dabei wies er darauf hin, daß neben den routinemäßigen Kontrollen des Mittelohres auch eine zusätzliche Innenohrschwerhörigkeit ausgeschlossen werden müsse.

Priv. Doz. Dr. Ruf aus der Abteilung für Kieferorthopädie der Justus-Liebig Universität Gießen skizzierte in ihrem Vortrag die Grundprinzipien der kieferorthopädischen Behandlung von Spaltpatienten an zahlreichen Fallbeispielen. Neben der Primärbehandlung mittels Trinkplatte, die zur Trennung von Mund- und Nasenraum sowie zur Annäherung

der gespaltenen Kieferanteile wenige Tage nach der Geburt eingegliedert wird, maß sie der Behandlung im Wechsel- und bleibenden Gebiß mit Ausformung und Harmonisierung der Zahnbögen die größte Rolle zu. Durch fehlende Zahnanlagen beziehungsweise Kippungen und Drehungen der verbleibenden Zähne sowie durch narbig bedingte Wachstumsstörungen des Oberkiefers treten häufig frontale und laterale Kreuzbisse und Zwangsführungen auf, die umgehend kieferorthopädisch zu behandeln sind. Bei 5 bis 10 Prozent der LKG-Patienten sei nach Auskunft von Frau Ruf ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen nach Wachstumsabschluß mittels Umstellungsosteotomie indiziert.

Professor Dr. Dr. Kübler aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erläuterte das chirurgische Behandlungskonzept des Kölner Spaltzentrums. Um funktionell eine frühe Normalisierung des Muskel-Ungleichgewichtes der gespaltenen Oberlippe zur ermöglichen, wird ein operativer Verschluss zwischen dem 3. bis 6. Lebensmonat (Gewicht >5 kg) angestrebt. Dabei werden ein- und beidseitige Spalten einzeln nach der Technik von Tension/ Randall unter dem Operationsmikroskop verschlossen. Der Gaumenschluss wird (ebenso unter dem Operationsmikroskop) zwischen dem 6. bis 9. Lebensmonat mittels Stiellappenplastik nach Veau operativ versorgt. Die Ablösung und Vereinigung der fehlinsertierenden Muskulatur im Bereich des Velums im Sinne einer intravelaren Myoplastik nach Kriens stellt



Auditorium am 20. April 2002 im großen Hörsaal der Universitätsklinik zu Köln.



Prof. Dr. Dr. Kübler (Ltd. Oberarzt der Klinik für MKG-Chirurgie, Univ. Köln) und Priv. Doz. Dr. Ruf (Oberärztin der Abt. für Kieferorthopädie, Univ. Gießen).

Fotos: Uni Köln

beim Gaumenschluß die wichtigste Maßnahme zur Normalisierung der Tubenbelüftung und Verringerung der velopharyngealen Insuffizienz dar. In enger Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik werden vor jedem operativen Eingriff bei Spaltkindern auch die Mittelohrverhältnisse kontrolliert und – falls erforderlich – Paukenröhrchen eingelegt. In bezug auf Sekundäreingriffe wie Oberlippen- oder Naseneingangskorrekturen sowie sprechverbessernde Operationen bei Spaltpatienten führte Professor Dr. Dr. Kübler aus, daß diese möglichst vor Einschulung der Kinder anzustreben sind. Lediglich Kieferspaltosteoplastiken, Nasenkorrekturen und Dysgnathieoperationen würden zur Vermeidung von Wachstumsstörungen erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen.

Dr. Scheer referierte als Phoniaterin und Pädoaudiologin über die sprachlichen

und stimmlichen Besonderheiten des Spaltpatienten. Neben den primären Folgen der Spaltbildungen, die zu einer Störung des orofazialen Muskelgleichgewichtes und fehlendem Mund- und Rachenabschluß sowie einer veränderten Zungenruhelage führen, wies Dr. Scheer auf die sekundären stimmlichen und phonetischen Abweichungen wie beispielsweise die Rhinolalia und Rhinophonia aperta als typische Stigmata von Spaltpatienten hin. Zusätzlich erläuterte sie, daß kompensatorische Störungen wie hyperfunktionelle Dysphonien, laryngeale Ersetzungen und Störungen der Mimik als Folge von Lippen-Kiefer-Gaumensegelspalten auftreten können.

In einem engagierten Vortrag erläuterte die niedergelassene Hebamme Renate Egelkraut Besonderheiten der nachgeburtlichen Betreuung von Familien mit Spaltkindern. In diesem Zusammenhang

wies sie darauf hin, daß, falls eine Ernährung an der Brust nicht möglich sei, es durch den Einsatz von spezialisierten Saugersystemen (Habermann Sauger, Fa. Medela) gute und einfache Hilfsmittel gäbe. Ein Problem bei der Nachsorge von Neugeborenen sei derzeit noch, daß nicht alle Hebammen mit dem Krankheitsbild vertraut seien. Durch das Hebammennetzwerk sei es jedoch sowohl für Eltern als auch für Hebammen nun möglich, auf kompetente Ansprechpartner zurückzugreifen. Für das Spaltzentrum erörterte Frau Birgit Kroschel-Lang, Logopädin der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität zu Köln, die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit, die neben intensiver Aufklärung und Betreuung der Eltern in der Koordination der therapeutischen Maßnahmen bestehen.

Nicolette Bourtscheidt, niedergelassene Logopädin aus Hürth, stellte anhand eines Videofallbeispiels aus ihrer eigenen Tätigkeit die orofaziale Regulationstherapie nach Castillo-Morales vor. Diese Art der Therapie ist insbesondere bei Säuglingen mit LKG-Spalten gut geeignet, um mittels manueller Stimulation eine ganzkörperliche Tonusregulierung und -stabilisierung zu erreichen.

Silvia Herl-Peters, Logopädin aus Aachen, ging zum Schluß der Veranstaltung mit ihrem Beitrag auf die Zielsetzung der logopädischen Therapie bei Spaltkindern ein: Neben einer Normalisierung der Artikulation bis zur Einschulung stellen die Förderung des Selbstbewußtseins des Kindes und die Begleitung der Eltern wichtige Ziele dar. In mehreren Videosequenzen erläuterte Frau Herl-Peters, wie durch gezieltes Nachholen oraler Reize und Erfahrungen sowie durch Förderung der Koordinationsfähigkeit im Mundraum auf spielerischem Weg ein Funktionstraining beim Spaltkind zur Verbesserung der Hypernasalität eingesetzt werden kann.

Der große Zuspruch und der rege Erfahrungsaustausch im Anschluß an diese erste Fortbildungsveranstaltung zeigte, daß regional ein Informationsbedarf über die interdisziplinäre Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Patienten besteht. Als Thema für die nächste Veranstaltung in dieser Fortbildungsreihe ist die Diagnostik und Therapie der velopharyngealen Insuffizienz geplant. Der Termin wird frühzeitig bekannt gegeben.

Dr. M. Scheer

## PZM – Erfolg mit Prävention

Ein Konzept der Zahnärztekammer Nordrhein für das Praxisteam

13. Einführungsveranstaltung (Kurs-Nr.: 02854)

Freitag, 29. November 2002, 9.00 bis 17.45 Uhr

Teilnehmergebühr: 150,- € für den Zahnarzt

50,- € für jede Praxismitarbeiterin/ZFA

Karl-Häupl-Institut

Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein

Tel. Auskunft: Frau Paprotny (02 11) 5 26 05 23 • Anmeldung per Fax (02 11) 5 26 05 21



Köln-Marathon am 6. 10. 2002

## Zweifache Herausforderung für zahnärztliche Marathon-Teilnehmer

Die Kölner Firma Gerl ruft in diesem Jahr zusammen mit den Sponsoren Baisch, Kavo, Sirona und Ultradent besonders Zahnärzte und Zahnärztinnen zur Teilnahme am Köln-Marathon auf. Gerl strebt die Verbindung sportlicher Leistungen mit einem wohltätigen Zweck an: Nutznießer ist die gemeinsam mit Professor Dr. Dr. Joachim E. Zöller an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität zu Köln ins Leben gerufene „Förderung der Kinder mit Lippen-Kiefer- und Gaumenspalten“.

Die in den Fördererfond eingezahlten Gelder sollen der chirurgischen Zahnklinik in Köln in vielerlei Hinsicht zugute kommen.

### Für die betroffenen Kinder:

- Kindgerechte Gestaltung des Warte- und Behandlungsbereichs mit Spielmaterial für die unterschiedlichen Altersgruppen.

- Übungsmaterial entsprechend dem Störungsbild wie Spiele für Saug- und Pusteübungen, Material für die Hörerziehung, Spiele für Übung der Mundmotorik und die logopädische Diagnostik und Therapie.
- Einrichtung eines Fundus geeigneter Sauger und Schnuller (deren Kosten teilweise nicht mehr von den Kassen ersetzt werden).

### Für die begleitende Elternarbeit:

- Mittel zur Gestaltung von Elternabenden zum Erfahrungsaustausch.
- Finanzierung von Informationsbroschüren (Kölner Konzept) als Elternratgeber.
- Mittel zur Konzeption einer dokumentierenden Behandlungsmappe für Patienten und Eltern.

Die am Köln-Marathon teilnehmenden Zahnärzte und Zahnärztinnen helfen aktiv durch ihre Spende. Natürlich ist jede

andere Geldspende ebenso willkommen!

### Und so werden Sie aktiv:

Jeder Teilnehmer spendet 100 € auf das Förderkonto der Universität zu Köln, Konto Nr. 8 150 000, BLZ 370 205 00 der Bank für Sozialwirtschaft Köln (Verwendungszweck 3620/1095/31) und erhält dafür

- ein Laufshirt mit Hinweisen auf den Förderkreis und die Sponsoren,
- die Erstattung der Anmeldegebühren für den Köln-Marathon in Form eines Warengutscheins,
- die Teilnahmeberechtigung an einem gemeinsamen Büffet mit den Sponsoren.

Um zahlreiche Anmeldungen bis zum 30. Juni 2002 bittet die Firma Gerl GmbH, Industriestraße 131a, 50996 Köln (Tel. 02 21-5 46 91 33/41).

### Spendenkonto:

Förderung der Kinder mit Lippen-Kiefer- und Gaumenspalten  
Universität zu Köln  
Konto 815 000  
Bankleitzahl 370 205 00  
Verwendungszweck 3620/1095/31

Spenden kann jeder – auch wenn er nicht am Köln-Marathon teilnimmt!

## Wiedereinstieg in den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten

Die Zahnärztekammer Nordrhein bietet auch im Jahr 2002 ehemaligen Zahnarthelferinnen 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:

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| ● <b>Abrechnung</b>                | <b>55 Unterrichtsstunden</b> |
| ● <b>Verwaltungskunde</b>          | <b>8 Unterrichtsstunden</b>  |
| ● <b>Fachkunde</b>                 | <b>8 Unterrichtsstunden</b>  |
| ● <b>Parodontologie/Prophylaxe</b> | <b>5 Unterrichtsstunden</b>  |
| ● <b>Hygiene</b>                   | <b>4 Unterrichtsstunden</b>  |

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

**Kursbeginn: Montag, den 1. Juli 2002**

**Kursende: Montag, den 15. Juli 2002**

**Kursgebühr: € 400,00\***

**Kursnummer: 02250**

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

Dieses Kursangebot ist auch für diejenigen Zahnmedizinischen Fachangestellten geeignet, die ihren Wissensstand in allen Teilgebieten ihres Berufes aktualisieren möchten. Weitere Informationen erteilt Frau Keimes, Zahnärztekammer Nordrhein, Tel.: (02 11) 5 26 05 47

\* Über eine eventuelle Ratenzahlung der Kursgebühr geben wir Ihnen gerne unter der oben angegebenen Telefonnummer Auskunft.

## Kölner „Schaufenster Zahntechnik 2001“

# Mündiger Patient – Erfahrungen mit der Patientenberatung

Das Verhältnis von Zahnarzt und Patient befindet sich in stetem Wandel. In der Vergangenheit war es vor allem dadurch geprägt, daß ein Patient einen Arzt seines Vertrauens oder seiner Wahl aufsuchte, dieser ihn untersuchte und danach einen Behandlungsvorschlag unterbreitete, den der Patient im wesentlichen ohne Diskussion akzeptierte. In aller Regel wird dieser Behandlungsvorschlag dem entsprechen, was der Arzt für den Patienten als am besten geeignet erachtet. Dabei spielten viele Gesichtspunkte eine Rolle (z. B. Ausbildung und Fortbildung, wissenschaftliche Erkenntnisse, Therapiegewohnheiten usw.).

Im Gegensatz dazu wollen Patienten heute immer häufiger aktiv in die Planung der Therapie einbezogen werden. Deshalb versuchen Patienten zunehmend im Gespräch mit ihrem Arzt, aber auch durch Einholen einer zweiten Meinung sowie durch Inanspruchnahme anderer Informationsquellen, wie z. B. diverser Angebote zum

Thema Gesundheit und (Zahn-)Medizin im Internet, Wissen zu erlangen, das es ihnen ermöglicht, bewußt an der Therapieentscheidung Teil zu haben oder zumindest dem Arzt durch gezielte Fragen Begründungen abzuverlangen.

Ein Beispiel für eine solche unkonventionelle Informationsquelle außerhalb der Praxis ist der Kölner Gesundheitsladen. Er wurde im Jahr 1987 als unabhängige Patientenberatungsstelle gegründet und erfreut sich seither wachsender Beliebtheit. Grundsatz dieses Gesundheitsladens ist es, Ärzte an der Beratung nicht direkt zu beteiligen, vielmehr erfolgt die Beratung durch zwei ABM-Kräfte, über deren Fachwissen und Schulung uns nichts bekannt ist. Dadurch soll eine Beratung „auf gleicher Augenhöhe“ ermöglicht werden. Von Kompetenz war nicht die Rede. Der Gesundheitsladen konnte im Jahre 2000 einen Zuwachs um 10 Prozent auf 1139 Beratungen pro Jahr verzeichnen (vgl. Kölner Stadtanzeiger vom 8. November 2001).



Untersuchung einer Patientin anlässlich des Schaufensters ZT.

Die gute Annahme dieses alternativen Beratungskonzeptes zeigt, daß die Anzahl der Patienten, die sich über die Beratung ihres Arztes oder Zahnarztes hinaus weiter informieren wollen, steigt. Aber bedeutet dies auch, daß die Patienten ihrem beratenden Arzt mißtrauen? Oder bedeutet es vielmehr, daß der Patient einen Teil der Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen möchte? Dieses ist ihm natürlich nur möglich, wenn er sich auch mit den eigenen gesundheitlichen Problemen befaßt, was aus Sicht des Arztes, der in der Vergangenheit nicht selten das Desinteresse seiner Patienten beklagte, durchaus wünschenswert wäre.

Wollen sich Patienten, wenn sie sich außerhalb der Praxis Ihres Arztes Rat holen, also eher von unabhängiger Stelle über generelle Probleme und mögliche Lösungsansätze informieren, oder wünschen sie eine kritische Beurteilung erfolgter Behandlungen?

Diese Frage interessierte das Kölner Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in zwei mobilen Praxen im Rahmen der Veranstaltung „Schaufenster Zahntechnik“ im Kölner Gürzenich am 29. und 30. September 2001. Das „Schaufenster Zahntechnik“ ist eine Veranstaltung, die von einer Vereinigung Kölner Dentallaboratorien ins Leben gerufen wurde und 2001 zum dritten Mal stattfand. Ziel der Veranstaltung ist es, Patienten Einblicke in die komplexe Welt von Zahntechnik und Zahnersatz zu ermöglichen, sowie bei konkreten Fragen und Problemen zu beraten. Zum zweiten Mal beteiligten sich zwei Abteilungen (Konservierende Zahnheilkunde, Parodontologie und Vorklinische Zahnheilkunde) der Kölner Universitätszahnklinik mit Informationsständen und zwei offenen Zahnarztpraxen an dieser Veranstaltung.



Schaufenster Zahntechnik 2001 im Gürzenich zu Köln.

Fotos: Schmiedel



In diesen offenen Praxen konnten sich Patienten von jeweils zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern der Klinik unentgeltlich und anonym untersuchen und beraten lassen. Zuvor wurde den Auskunftssuchenden ein Fragebogen vorgelegt, den sie anonym ausfüllten. Der Fragebogen erfaßte unter anderem Daten zum Geschlecht, dem Alter, Beruf sowie dem Hauptanliegen des Patienten.

Im Laufe der zwei Tage nutzten 157 von fast 3 000 Besuchern der Veranstaltung (immerhin rund 3 Prozent der Kölner Bevölkerung) die Möglichkeit der Beratung in der offenen Praxis, womit diese die meiste Zeit ausgelastet waren. Ein Großteil der untersuchten Patienten waren Rentner (24,8 Prozent), Hausfrauen (17,2 Prozent) und Angestellte (20,4 Prozent), aber auch Lehrer (5,1 Prozent), Ingenieure (4,5 Prozent) und Selbständige (7,0 Prozent) waren relativ häufig vertreten. Keine Angaben zum Beruf machten 16,6 Prozent. Der größte Anteil der Patienten waren Frauen (61,8 Prozent), der Altersgipfel lag zwischen 50 und 80 Jahren (74,6 Prozent). Zum Vergleich: Der Anteil dieser Altersschicht macht innerhalb der gesamten Kölner Bevölkerung rund ein Drittel aus. Diese Verteilung zeigt schon, daß sich hauptsächlich Besucher beraten ließen, die sich in einem Alter befanden, in dem sich Menschen häufig mit der Notwendigkeit auseinandersetzen müssen, Zahnersatz zu tragen. Es scheint nur schwer möglich, relativ junge Patienten, für die die Notwendigkeit einer Versorgung mit Zahnersatz in der Regel in

ferner Zukunft liegt, für das Thema „Zahntechnik“ zu interessieren. Dem Altersprofil entsprechend wurden Fragen zu Füllungstherapien, KFO und anderen aus der Sicht des Patienten weniger invasiven Maßnahmen so gut wie gar nicht gestellt. Die konservierende Behandlung eines Zahnes schien für den Großteil der hier Befragten kein wichtiges Thema zu sein. Einzig Fragen zu „Amalgamsanierung“ und „Allergien durch Werkstoffe in der Mundhöhle“ fielen mit 3,8 Prozent aller gestellten Fragen ins Gewicht.

Das Hauptinteresse galt eindeutig prophetischen Themen. Dies spiegelte sich auch im Hauptanliegen wider: Ein großer Teil der Patienten stellte ganz konkrete Fragen zum Thema Versorgung mit implantatgetragenen (24,2 Prozent) sowie konventionellem Zahnersatz (19,1 Prozent). Ein weiterer Teil (17,2 Prozent) wollte sich allgemein beraten lassen. Erstaunlich: Relativ wenige Patienten (8,9 Prozent) klagten über vorhandenen Zahnersatz, bzw. wünschten die Beurteilung von bereits eingegliedertem Zahnersatz. Die geringe Quote an Beschwerden über bereits vorhandenen Zahnersatz bzw. über erfolgte Behandlungen zeigte, daß das Vertrauen der Kölner Bevölkerung in ihren Zahnarzt, trotz der teilweise unsachlichen Berichterstattung in den Medien, ungebrochen ist. Dies gilt um so mehr, wenn man sich vor Augen führt, daß die offenen Praxen im Kölner Gürzenich es ja offenkundig mit einer besonders aufgeschlossenen Klientel zu tun hatten.

Es wurde aber auch deutlich, daß sich viele Patienten über geplante oder unmittelbar bevorstehende Behandlungen eingehend informieren wollten, mit der Absicht, die eigene Situation richtig einschätzen zu können und bei einer anstehenden Therapieentscheidung aktiv mitzuwirken. Im vorliegenden Fall waren für die Patienten insbesondere die Möglichkeiten einer Versorgung mit implantatgetragenen Zahnersatz von hohem Interesse. Dies zeigt, daß viele Patienten fortgeschrittenen Alters durchaus bereit sind, sich über komplizierte medizinische Themen auch jenseits der hauszahnärztlichen Praxis aus eigener Motivation zu informieren. Dies sollte von zahnärztlicher Seite durch fachlich untermauerte Angebote unterstützt werden. Für Ärzte und Zahnärzte kann diese Entwicklung auch von großem Nutzen sein, eröffnet sie doch neue Möglichkeiten der umfassenden Patienteninformation im Wettbewerb mit anderen Institutionen am Markt. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß sich die Zahnärzte dieser Entwicklung öffnen. Eigene, qualitativ hochwertige und auf Patienten zugeschnittene Informationsangebote werden notwendig, um das Feld nicht der Boulevardpresse und Hobbymedizinern, die auf ihren Homepages teilweise dubiose und unseriöse Inhalte verbreiten, zu überlassen.

*Anschrift der Verfasser:  
Prof. Dr. Thomas Kerschbaum  
Dr. Stefan Schmiedel*

*Zentrum für ZMK der Universität zu Köln  
Vorklinische Zahnheilkunde  
Kerpener Str. 32, 50931 Köln*

## ZAHNÄRZTE-STAMMTISCHE

### Zahnärzte-Treff Düsseldorf

Termin: **Montag, 8. Juli**, um 19.30  
Treffpunkt: Sportrestaurant Kreuzer am Eisstadion,  
Brehmstraße 27

### Düsseldorf Oberkassel

Termin: am zweiten Dienstag im Monat, um 19.30 Uhr  
Treffpunkt: Gatzweiler Brauhaus, Belsenplatz 2

### Essen

Termin: am ersten Donnerstag im Monat ab 19.30 Uhr  
Treffpunkt: Ehrenzeller Hof, Altendorfer Straße 407

### Köln

Termin: am ersten Donnerstag im Monat um 19.30 Uhr  
Treffpunkt: Clubhaus des Marienburger Sport-Clubs,  
Schillingsrotter Straße 99 in Köln-Rodenkirchen

### Mülheim

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

### Leverkusen

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

### Oberhausen

Termin: an jedem ersten Donnerstag im Monat  
um 20.00 Uhr  
Treffpunkt: „First Stuben“, Friedrich-Karl-Straße 48

### Remscheid

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

### Gummersbach

Termin: am letzten Donnerstag eines jeden Monats  
um 20.00 Uhr  
Treffpunkt: Restaurant Akropolis, Gummersbacher Straße 2,  
Dreieck Niederseßmar



## Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

An die  
Zahnärztekammer Nordrhein, Düsseldorf  
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Münster  
Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf  
Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

### Gemeinsame gesundheitspolitische Protestaktion des Hartmannbundes und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte sowie Unterschriftenaktion Aachener Fachärzte gegen das Hausarztsystem

1. Mein Erlaß vom 14. 1. 2002 – Az.: III B 3 – 0810 –
2. Bericht der Ärztekammer Nordrhein vom 12. 2. 02
3. Bericht der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 4. 2. 02
4. Bericht der Zahnärztekammer Nordrhein vom 23. 1. 02
5. Bericht der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe vom 7. 2. 2002

Mit o. a. Erlaß hatte ich Sie über die gemeinsame Aktion „Wahltag ist Zahntag/Gesundheitstag“ des Hartmannbundes und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte unterrichtet und Sie um berufsrechtliche Stellungnahme einschließlich ggf. beabsichtigter Maßnahmen zur Berufspflichtenüberwachung gebeten.

In Ihren Bezugsberichten haben Sie sich dahingehend geäußert, daß eine berufsrechtliche Relevanz der gesundheitspolitischen Aktivitäten einzelner Verbände derzeit nicht gesehen werde; ungeachtet dessen sei der Aushang der Plakate auch in der Praxis durch das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung gemäß Artikel 5 GG gedeckt, zumal die Informationen von einem Sachanliegen geprägt seien.

Ihre verfassungsrechtlich nicht näher begründeten Auffassungen geben mir Veranlassung, zu den nach Personen, Art und Umfang zu differenzierenden berufspolitischen Aktivitäten aus Sicht der Kammeraufsicht wie folgt Stellung zu nehmen:

#### 1. Rechtliche Würdigung der Aktivitäten der Verbände

Die Absicht des Hartmannbundes und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, im Bundestagswahlkampf 2002 „mitzumischen“ und nicht nur die eigenen Mitglieder zu mobilisieren, sondern auch das Gespräch mit den Patienten zu suchen, „um mit ihnen Probleme und Lösungsansätze für unser Gesundheitswesen zu diskutieren“, stellt eine (noch) legitime Interessenwahrnehmung der Verbände in Ausübung ihres berufspolitischen Mandats dar und ist auch hinsichtlich der Teilnahme des einzelnen ärztlichen und zahnärztlichen Mitgliedes dieser Verbände berufsrechtlich nicht von vornherein unzulässig.

Pressemitteilungen und Fragebögen, gesundheitspolitische Veranstaltungen, Diskussionsforen und „Kummerkästen für Patienten und Ärzte“ können deshalb – auch wenn sie sich

m. E. als zum Teil fragwürdige Kampagnen entlarven – berufsaufsichtsrechtlich nicht ohne weiteres untersagt werden.

#### 2. Einschränkung des Rechts auf freie Meinungsäußerung in der Arztpraxis durch das Arzt-Patienten-Verhältnis

Nach § 29 Abs. 1 Heilberufsgesetz sind die Kammerangehörigen verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Wird der Patient während seiner individuellen ärztlichen Behandlung in der Praxis gezielt auf gesundheitspolitische Aktionen angesprochen und der Versuch unternommen, ihn im Sinne des berufspolitischen Anliegens seines Arztes zu „mobilisieren“, nimmt der Arzt standeswidrig auf das konkrete Behandlungsverhältnis Einfluß, da der einzelne Patient Anspruch darauf hat, dass das Behandlungsverhältnis von berufsständischen Interessen unberührt bleibt.

Mit einem solchen Verhalten verletzt der Arzt das in ihn gesetzte besondere Vertrauen und verhält sich berufsrechtswidrig. Der Patient hat ein schutzwürdiges Interesse daran, ärztlich versorgt und nicht unter dem direkten Einfluß der medizinischen Behandlung in Protestaktionen seines Arztes eingebunden zu werden (vgl. OVG NRW, Beschl. V. 15. 9. 99 – 8 B 1683/99).

Bei einer berufspolitischen Betätigung in den Praxisräumen hat der Arzt folglich diejenige Zurückhaltung zu wahren, die sich aus dem besonderen Arzt-Patienten-Verhältnis und aus der Rücksicht auf die besondere Situation der Patienten ergibt. Diese sich aus dem Heilberufsgesetz und der Berufsordnung ergebende Pflicht hindert den Arzt daran, in seinen Praxisräumen von dem Recht auf Meinungsäußerung im gleichen Umfang wie andere Staatsbürger Gebrauch zu machen. Mit hin fungieren § 29 Abs. 1 Heilberufsgesetz, die Regeln des Berufsrechts und das davon erfaßte „schutzwürdige Arzt-Patienten-Verhältnis“ als meinungsfreiheitsbeschränkendes „allgemeines Gesetz“ im Sinne des Art. 5 Abs. 2 GG.



### 3. Kriterien für die Beurteilung einer Plakat- oder Faltblattaktion in der Arztpraxis

Ob das Aushängen von Plakaten oder das Auslegen von Broschüren mit (berufs-)politischen Wertungen in der Arztpraxis generell zulässig ist oder nicht, ist in der Rechtsprechung weder eindeutig noch abschließend geklärt.

Auch für Plakataktionen u. ä. in den Praxen gilt jedoch, daß die Meinungsäußerungsfreiheit nach den unter Nr. 2 dargelegten Kriterien nicht schrankenlos ist.

Ein berufsrechtliches Einschreiten dahingehend, Plakate und ausgelegte Informationen zu gesundheitspolitischen Auffassungen in der Praxis zu verbieten, wird maßgeblich von ihrer Wirkung auf das Vertrauensverhältnis zum Patienten abhängen. Es ist deshalb erforderlich zu prüfen, ob und ggf. in welchem Maße die getroffenen Aussagen zu einer Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen können. Nur so kann das Recht auf freie Meinungsäußerung eines Arztes sachgerecht gegen die Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses abgewogen werden.

Anhand folgender, beispielhaft aufgeführter Fragestellungen können sowohl der Inhalt als auch die Form der Darstellung Anhaltspunkte für eine Rechtsgüterabwägung geben:

- Enthält ein Plakat nur sachliche Informationen und ggf. ausgewogene, schonende Kritik?
- Steht die Äußerung in einem noch vertretbaren Verhältnis zu dem sachlichen Anliegen?
- Ist das Plakat geeignet, die Patienten zu verunsichern und ihr Vertrauen in eine leistungsfähige Gesundheitsfürsorge zu erschüttern (vgl. Beschluß des LSG Baden-Württemberg v. 21. 8. 1995 – L 5 Ka2179/95 eA-B)?
- Sind die Behauptungen erwiesenermaßen unwahr?
- Enthält das Plakat übersteigerte, einseitige, verunglimpfende oder diskriminierende Äußerungen?
- Welche emotionalen Wirkungen erzielt die optische Darstellung auf den Patienten?

Nach meiner Rechtsauffassung sind politisch wertende Aussagen, die geeignet sind, einem Großteil der Patienten den (unzutreffenden) Eindruck zu vermitteln, eine ausreichende medizinische Versorgung werde nicht mehr gewährleistet, um bei ihnen Angst und Verunsicherung über die Auswirkungen der Gesundheitspolitik der (derzeitigen) Bundesregierung zu verbreiten, als berufsrechtlich bedenklich einzustufen.

Ein Arzt, der gezielt ein auf Verunsicherung ausgerichtetes Plakat mit zum Teil massivem agitativem und irreführenden Inhalt in seiner Praxis aufhängt, muß sich darüber im klaren sein, daß sein Verhalten im konkreten Einzelfall nicht mit dem Grundsatz der gewissenhaften Berufsausübung im Einklang steht, da er beim Umgang mit dem Patienten auf dessen Situation Rücksicht zu nehmen hat (vgl. § 2 Abs 3 i. V. m. Abschnitt C Nr. 1 der ärztlichen Berufsordnung).

### 4. Fazit in bezug auf die Plakataktion von Hartmannbund und FVDZ

Ich bitte Sie, Ihre Kammerangehörigen über meine Rechtsauffassung alsbald zu informieren und mich über Inhalt und Zeitpunkt Ihrer Veröffentlichung zu unterrichten.

Im Auftrag  
(Bösche)

## Zu hohe Fixkosten?

Wir bieten Ihnen eine qualifizierte Überprüfung Ihrer Unterlagen an. Honorar ausschließlich erfolgsabhängig (10 % der ersparten Kosten).

Nähere Informationen: **Frau Amling**

**INNOVATION**  
*Sam*

Tel. (0 22 47) 30 03 60 • Fax (0 22 47) 30 03 80

## Praxisplanung und Beratung

Objektbegutachtung

Baukostenermittlung für den Mietvertrag

Einrichtungskostenerstellung für die Bank

Nutzungsänderung (Bauordnungsamt)

Installationsplanung Elektro/Sanitär/EDV

Praxiseinrichtung und Einrichtungskonzepte



Fa. W. Haußmann • 48159 Münster • Sprakeler Straße 30

Tel. 02 51 / 21 68 43 • Fax 02 51 / 21 88 72

E-Mail: [Haussmann-Planung@t-online.de](mailto:Haussmann-Planung@t-online.de)

**WZN**

## Wir Zahnärzte in Nordrhein e. V.

die berufspolitische  
Alternative.

Wir sind für Sie da!

Geschäftsstelle:

Stammheimer Straße 103 • 50735 Köln

Telefon (02 21) 76 51 11

Telefax (02 21) 7 60 38 97

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

Weitere Informationen erhalten Sie, wenn Sie uns Ihre Fax-Nummer mitteilen.

Mitgliedsbeitrag 1 F2 p. M. = 23,- €

# ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

## Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

**02094 P (B)**

### **Konservative Parodontaltherapie für die Praxis**

Ein Arbeitskurs zur instrumentellen, maschinellen und medikamentösen Therapie infizierter Wurzeloberflächen  
Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken  
Freitag, 14. Juni 2002, 14.00 bis 20.00 Uhr  
Samstag, 15. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 550,00

**02044 \***

### **Parodontologische und prothetische Überlegungen in der Implantologie**

Prof. Mick R. Dragoo, D.D.S., M.S.D., Escondido, CA (USA)  
Mittwoch, 19. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 330,00

**02017 T (B)**

### **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, 19. Juni 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 55,00 und  
EUR 30,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

**02042 \***

### **Operative Parodontologie – Teil 2 –**

RPP, Grundlegende regenerative Chirurgie, GTR und Osteoplastik (Beachten Sie bitte auch die Kurse 02041 und 02043)  
Prof. Mick R. Dragoo, D.D.S., M.S.D., Escondido, CA (USA)  
Freitag, 21. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Samstag, 22. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 470,00

**02096 (B)**

### **Die Herbst-Apparatur zur Behandlung des Distalbisses**

Prof. Dr. Hans Pancherz, Gießen  
Samstag, 22. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

**02110 P (B)**

### **Intraorale Verankerungstechniken**

Prof. Dr. Dieter Drescher, Düsseldorf  
Dr. Cornelia Holtkamp, Düsseldorf  
Mittwoch, 26. Juni 2002, 14.00 bis 20.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 210,00

**02076 T (B)**

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

Dr. Steffen Tschackert, Frankfurt  
Mittwoch, 26. Juni 2002, 14.00 bis 20.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 200,00 und  
EUR 100,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

**02067 T (B)**

### **Arbeitssystematik in der Zahnarztpraxis – B –**

Dr. Richard Hilger, Düsseldorf  
Ruth Knülle, Düsseldorf  
Freitag, 28. Juni 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Samstag, 29. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 425,00 und  
EUR 50,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

**02022 (B)**

### **PowerPoint – A –**

Einsteigerseminar mit praktischen Übungen  
Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich  
Heinz-Werner Ermisch, Nettetal  
Freitag, 28. Juni 2002, 14.00 bis 21.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 150,00

**02023 (B)**

### **PowerPoint – B –**

Intensivseminar mit praktischen Übungen  
Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich  
Heinz-Werner Ermisch, Nettetal  
Samstag, 29. Juni 2002, 9.00 bis 13.30 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 75,00

**02024 (B)**

### **Regeln und Hinweise für eine optimale PowerPoint-Präsentation**

Intensivseminar mit praktischen Übungen  
Wolfgang Burger, Dipl.-Ing.(BA), Korschenbroich  
Heinz-Werner Ermisch, Nettetal  
Samstag, 29. Juni 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 100,00

**02050 \***

### **Kunst und Praxis unsichtbarer Kompositfüllungen – Kurs A –**

Dr. Roberto Spreafico, Busto Arsizio (I)  
Freitag, 5. Juli 2002, 14.00 bis 20.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

**02011 T(B)**

### **Wir bieten super Zahnheilkunde – nur wie sagen wir es unseren Patienten**

Team Power II  
(Beachten Sie bitte auch den Kurs 02009)  
Dr. Gabriele Brieden, Hilden  
Freitag, 5. Juli 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Samstag, 6. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00 und  
EUR 75,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

**02051 (B)**

### **Kunst und Praxis unsichtbarer Kompositfüllungen – Kurs B –**

Dr. Roberto Spreafico, Busto Arsizio (I)  
Samstag, 6. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

**02061 (B)**

### **Parodontologie – Therapie**

3. Teil einer dreigeteilten Kursreihe  
(Beachten Sie bitte auch die Kurse 02059 und 02060)  
Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Nijmegen (NL)  
Mittwoch, 10. Juli 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 110,00

**02102 P(B)**

### **Moderne Präparationstechniken**

Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf  
Mittwoch, 10. Juli 2002, 14.00 bis 19.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00

**02103 P(B)**

### **Craniomandibuläre Dysfunktion – Basisuntersuchung**

Dr. Stefan Kopp, Jena  
Freitag, 12. Juli 2002, 9.00 bis 18.00 Uhr  
Samstag, 13. Juli 2002, 0.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 440,00



# ZAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG

02124 \*

## Weichgewebsmanagement und prothetische Suprastrukturen unter ästhetischen Aspekten – A –

Dr. Markus Schlee, Forchheim  
Samstag, 13. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 250,00

02125 P (B)

## Weichgewebsmanagement und prothetische Suprastrukturen unter ästhetischen Aspekten – B –

Dr. Markus Schlee, Forchheim  
Sonntag, 14. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 425,00

02310

## Die leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach Bema und GOZ unter besonderer Berücksichtigung der Abdingung

Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter  
Dr. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach  
Mittwoch, 12. Juni 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Freitag, 12. Juli 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 30,00

## KZV-Kurs im Karl-Häupl-Institut

02311

### Zahnärztlicher Mitarbeiter oder Sozius -- Die heutige Situation unter Berücksichtigung von drohenden Zulassungsbeschränkungen und gesetzlichen Restriktionen

Seminar für Zahnärzte  
ZA Lothar Marquardt, Krefeld  
Mittwoch, 19. Juni 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 30,00

## Fortbildung der Universitäten

■ Düsseldorf

02352

### Prothetischer Arbeitskreis

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

02356

### Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal

Professor Dr. Dr. Claus Udo Fritzscheimer, Düsseldorf  
Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf  
Mittwoch, 26. Juni 2002 15.00 bis 19.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 160,00 für den Zahnarzt und EUR 25,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)  
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein  
Emanuel-Leutze-Straße 8,  
40547 Düsseldorf (Lörick)

■ Köln

02362

### Prothetischer Arbeitskreis

mit dem Schwerpunktthema Konventionelle und Implantatprothetik  
Professor Dr. Wilhelm Niedermeier, Köln, und Mitarbeiter  
Die Seminartermine werden interessierten Teilnehmern unter der Telefonnummer 0221 4786337 mitgeteilt.  
Teilnehmergebühr: EUR 30,00 für ein Seminar und EUR 55,00 für jede Visitation  
Veranstaltungsort: Kleiner Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln  
Kerpener Straße 32, 50931 Köln (Lindenthal)

## ANPASSUNGSFORTBILDUNG FÜR PRAXISMITARBEITERINNEN/ZFA

02204

### Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte und Auszubildende

Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf  
Freitag, 14. Juni 2002, 8.30 bis 17.30 Uhr  
Samstag, 15. Juni 2002, 8.30 bis 17.30 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 220,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

02209

### Personal Power II oder

Mit Freude erfolgreich sein  
Dr. Gabriele Brieden, Hilden  
Freitag, 28. Juni 2002, 14.00 bis 19.00 Uhr  
Samstag, 29. Juni 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 175,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

02233

### Assistenz in der modernen Parodontologie

Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Nijmegen (NL)  
Mittwoch, 03. Juli 2002, 14.00 bis 18.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 80,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

02212

### Prophylaxe beim Kassenpatienten nach IP1 bis IP4

ZA Ralf Wagner, Langerwehe  
Daniela Ostlender (ZMF), Herzogenrath  
Samstag, 6. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Sonntag, 7. Juli 2002, 9.00 bis 13.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 180,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

02215

### Schweigen ist Silber, Reden ist Gold

– Erfolgreiche Kommunikation in der Zahnarztpraxis –  
Martina Schmidt-Tanger, Dipl.-Psychologin, Münster  
Freitag, 12. Juli 2002, 14.00 bis 20.00 Uhr  
Samstag, 13. Juli 2002, 9.00 bis 17.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 275,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

02220

### Übungen zur Prophylaxe

Gisela Elter (ZMF), Korschenbroich  
Samstag, 13. Juli 2002, 9.00 bis 14.00 Uhr  
Teilnehmergebühr: EUR 45,00 für die Praxismitarbeiterin (ZFA)

# ANMELDUNG

## Hinweise zu den Veranstaltungen

**Verbindliche Anmeldungen bitte an die:**

**Zahnärztekammer Nordrhein  
Karl-Häupl-Institut**

**Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf (Lörick)**

oder

**Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf**

**Telefon: 02 11 / 5 26 05 - 0**

**oder 02 11 / 5 26 05 50 (nur während der Kurszeiten)**

**FAX : 02 11 / 5 26 05 21**

**02 11 / 5 26 05 48**

**Internet [www.khi-direkt.de](http://www.khi-direkt.de)**

**E-Mail: [khi-zak@t-online.de](mailto: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 zurückerstattet 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 Ärztekbank 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 Nordrhein gilt, daß die Kursgebühr jeweils über das KZV-Abrechnungskonto einbehalten wird.

Die angegebenen Kursgebühren im Bereich der zahnärztlichen Fortbildung gelten für den **niedergelassenen Zahnarzt**. Assistenten, beamtete und angestellte 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 Teilnahme an den vorgenannten Veranstaltungen kostenlos. **Entsprechende Nachweise sind jeder Anmeldung beizufügen.**

Ausführliche Informationen und Kursunterlagen – wie Material- und Instrumentenlisten – 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 (Lörick)**

**Tel.: 02 11 / 59 59 59, Fax: 02 11 / 59 35 69**

**Lindner Hotel Rheinstern, Emanuel-Leutze-Straße 17  
40547 Düsseldorf (Lörick)**

**Tel.: 02 11 / 5 99 70, Fax: 02 11 / 5 99 73 39**

**E-Mail: [info.rheinstern@lindner.de](mailto:info.rheinstern@lindner.de)**

**Internet: <http://www.lindner.de>**

**Mercure Hotel Seestern, Fritz-Vomfelde-Straße 38  
40547 Düsseldorf (Lörick)**

**Tel.: 02 11 / 53 07 60, Fax: 02 11 / 53 07 64 44**

**E-Mail: [h2199@accor-hotels.com](mailto:h2199@accor-hotels.com)**

**INSIDE Residence Hotels**

**Niederkasseler Lohweg 18a**

**40547 Düsseldorf**

**Tel.: 02 11 / 52 29 90, Fax: 02 11 / 52 29 95 22**

**E-Mail: [duesseldorf@inside.de](mailto:duesseldorf@inside.de)**

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

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

## Praxisabgabe-/Praxisübernahmeseminar am 27./28. September 2002 in Neuss

**Am 27./28. September 2002** veranstalten die Zahnärztekammer Nordrhein, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, Landesverband Nordrhein, unter der Seminarleitung von Dr. H.-W. Timmers, im **Swissôtel Düsseldorf/Neuss, Rheinallee 1, 41460 Neuss**, ein **Praxisabgabe-/Praxisübernahmeseminar** für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die beabsichtigen, eine Praxis abzugeben bzw. zu übernehmen.

**Anmeldungen sind formlos an die  
Zahnärztekammer Nordrhein,  
Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf  
zu richten oder telefonisch unter  
Rufnummer 02 11 / 5 26 05-39  
Frau Lehnert.**

Die Seminargebühr beträgt € 190,00 und beinhaltet neben der Teilnahme den Verzehr (2 Mittagessen, Pausenkaffee, Konferenzgetränke) sowie Seminarunterlagen. (Getränke zum Mittagessen gehen auf eigene Rechnung.) Die Reservierung gilt als verbindlich, wenn ein Verrechnungsscheck oder eine Überweisung auf dem Konto Nr. 0 001 635 921, BLZ 300 606 01, bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank eG, Düsseldorf, eingegangen ist. Wegen der Begrenzung der Teilnehmerzahl erfolgt eine Berücksichtigung nach der Reihenfolge der Anmeldung.

Eine Rückerstattung der Teilnehmergebühr ist bei Absage bis 3 Tage vor Beginn der Veranstaltung in voller Höhe möglich. Bei später eingehenden Absagen muß die Zahnärztekammer Nordrhein leider einen Kostenanteil von € 50,00 einbehalten, da gegenüber dem Vertragshotel eine Bankett-Pauschale zu leisten ist. Der Kursplatz ist jedoch übertragbar.

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

### Programm

#### Freitag, 27. September 2002

9.00 – 9.15 Uhr	Begrüßung
9.15 – 10.45 Uhr	Rechtsproblematik bei der Abgabe bzw. Übernahme einer Zahnarztpraxis (Praxisabgabe-/Praxisübernahmevertrag, Mietvertrag)
10.45 – 11.15 Uhr	Kaffeepause
11.15 – 13.00 Uhr	Fortsetzung Vortrag
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 15.00 Uhr	Steuerliche Aspekte der Vertragspartner
15.00 – 15.30 Uhr	Kaffeepause
15.30 – 16.30 Uhr	Fortsetzung Vortrag
16.30 – 17.30 Uhr	Formale Voraussetzungen für die Zulassung als Kassenzahnarzt

**ab ca. 17.30 Uhr Die Aussteller laden zu einem Umtrunk ein**

#### Samstag, 28. September 2002

9.30 – 10.45 Uhr	Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
10.45 – 11.15 Uhr	Kaffeepause
11.15 – 12.45 Uhr	Fortsetzung Vortrag
12.45 – 13.45 Uhr	Mittagspause
13.45 – 15.15 Uhr	Praxiswertermittlung
15.15 – 15.30 Uhr	Kaffeepause
15.30 – 17.00 Uhr	Fortsetzung Vortrag



# ZA Josef Schneble

## 75 Jahre

**A**m 8. Mai feierte Zahnarzt Josef Schneble seinen 75. Geburtstag fernab der Heimat gemeinsam mit seiner lieben Frau Erika. In Essen 1927 geboren und nach dem Studium in Hannover nach Essen zurückgekehrt, eröffnete er in Essen-Karnap 1951 seine zahnärztliche Praxis. Verheiratet seit 1952 – ein weiteres Fest steht noch bevor – hat er bis vor wenigen Jahren gemeinsam mit seiner Frau diese Praxis geführt. Wer ihn kennt, hat ihn immer als einen engagierten, in vielen Ehrenämtern verantwortlich tätigen, weitblickenden und überzeugend tätigen Freund und Kollegen kennengelernt, der sein berufspolitisches Funktionärstum immer noch nicht ganz abgelegt hat. Denn er ist immer noch Mitglied der Vertreterversammlung der KZV Nordrhein.

Sein berufspolitisches Leben begann sehr früh. Einige markante Eckpunkte sollen nicht unerwähnt bleiben: Nach seiner Niederlassung in Essen-Karnap, einer Region am „Kanal“, der er bis heute treu geblieben ist, suchte er seine berufspolitische Heimat im Freien Verband Deutscher Zahnärzte, in dem er viele Funktionen bekleidete. Fachlehrer für Abrechnungswesen an der Berufsschule in Essen, langjährige Tätigkeit in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen der KZV Nordrhein, deren Vorsitz er letztlich innehatte, daneben Mitglied der Vertreterversammlung und der Kammerversammlung, Beiratsmit-

glied der KZV Nordrhein, stellvertretender Vorsitzender der Hauptversammlung der Bundeszahnärztekammer, Mitglied des Kuratoriums der Gemeinschaftshilfe und des Sozialausschusses der Zahnärztekammer Nordrhein, Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Nordrhein in „seinem“ Referat Finanzen und auch deren Vizepräsident.

Nicht nur seine Essener Freunde und Kollegen haben sein Engagement geschätzt. Er gehört auch heute noch zu der Gruppe Kollegen, die dieses Engagement nicht nur für sich selbst nutzen, sondern auch für andere. Dabei stand Kollegialität neben guter Zahnheilkunde immer an erster Stelle. Viele seiner Ziele hat er mit der ihm auszeichnenden menschlichen Wärme und mit dezenter Strenge erreicht. Unterstützt hat ihn dabei bis heute seine liebe Ehefrau, die ihm immer mit liebevollem Verständnis zur Seite stand und steht und aus ihm unseren „Jupp“ werden ließ, wie ihn viele seiner Essener Kollegen gerne nennen.

Bis heute unvergessen, manchmal sogar noch aktuell, bleibt diesem berufspolitischen Urgestein typisch für Josef Schneble ein seit Jahrzehnten prägendes Charakteristikum, vor Jahren bereits veröffentlicht, aber für viele „Junge“ lesenswert: „Was er haßte, waren nicht enden wollende Diskussionsrunden, bei denen die Selbstdarstellung der Redenden mehr im Vordergrund stand als das



Foto: privat

Ergebnis der verbalen Auseinandersetzung. Stundenlange Sitzungen hatten daher stets einen magischen Fixpunkt: 23.00 Uhr, jene Stunde, zu der Josef Schneble konsequent die Sitzung mit dem Kommentar verließ ‚Habt ihr zu Hause kein Bett?‘. Um solche zähplastischen Sitzungsverläufe zu verkürzen, verwies er stets frühzeitig auf die ungünstige Wetterlage, die zum frühen Aufbruch mahne. Der aufschreckende Hinweis, draußen herrsche Glatteis, Nebel oder Schneefälle (mitunter auch alles zugleich) mit der Konsequenz zu frühem Aufbruch waren zwingende Warnhinweise. Von absolut nachrangiger Bedeutung war dabei der Umstand, daß dies auch im Hochsommer galt.“

Ad multo annos, lieber Josef, in Gesundheit, Zufriedenheit und in Harmonie.

Dr. Hans Werner Timmers

### PZM – Erfolg mit Prävention

Ein Konzept der Zahnärztekammer Nordrhein für das Praxisteam

13. Einführungsveranstaltung (Kurs-Nr.: 02854)

Freitag, 29. November 2002, 9.00 bis 17.45 Uhr

Teilnehmergebühr: 150,- € für den Zahnarzt

50,- € für jede Praxismitarbeiterin/ZFA

Karl-Häupl-Institut

Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein

Telefonische Auskunft: Frau Paprotny (02 11) 5 26 05 23

Anmeldung per Fax (02 11) 5 26 05 21

### 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 Abrech-  
nungssoftware

**Ute Jahn, Meerbusch**  
**Tel. (02159) 6130**

# Professor Dr. Jürgen Peter Engelhardt

## 65 Jahre und Eintritt in den Ruhestand

**Z**eitgleich mit der Vollendung seines 65. Lebensjahres am 17. Mai 2002 verabschiedet sich Prof. Engelhardt auch von seinem aktiven Berufsleben. Seine seit 1977 in Düsseldorf auf rein privater Basis bestehende Praxis übergibt er dann endgültig an seinen Nachfolger, mit dem er bereits geraume Zeit zufriedenstellend zusammenarbeitet.

Eigentlich gehörte die Präferenz des Jubilars zunächst dem Beruf des Hochschullehrers, aber in den siebziger Jahren war auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die Situation für den wissenschaftlichen Nachwuchs so aussichtslos, daß schließlich die Entscheidung fiel, nicht länger auf einen Lehrstuhl zu warten und eine freie Praxis zu gründen. Eine richtige Entscheidung, wenn man das Ergebnis betrachtet. Seine Praxis gehört seit langem zu den renommiertesten in der Region. Insbesondere erwarb er sich einen hervorragenden Ruf auf dem Fachgebiet Restaurative Zahnheilkunde und Funktionstherapie im weitesten Sinn.

Neben dem absolut disziplinierten Engagement in seiner Praxis nahm Prof. Engelhardt aber auch weiterhin „gesellschaftlich“ wichtige Aufgaben wahr. Zu nennen sind hier mannigfaltige Verpflichtungen als Fortbilder im Rahmen der Kammern und der Akademie Praxis und Wissenschaft sowie seine engagierte Mitarbeit am „Handbuch Zahnheilkunde“ der Kommission für Fachfragen der Zahnärztekammer Nordrhein. Nicht vergessen werden darf sein Einsatz als Grün-

dungsvorsitzender der „Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands“ e.V. (PZVD), der er von 1977 bis 1985 seinen Stempel aufdrückte, war er doch von Anfang an zu tiefst davon überzeugt, daß grundlegenden Fortschritten fachlicher Art allgemein nur auf privater Basis zum Durchbruch verholfen werden kann.

Ein Abriß seines Werdegangs: Geboren in Ulm auf der schwäbischen Seite, dort auch die schulische Bildung. Zahnmedizinstudium an den Universitäten Marburg, Erlangen und Düsseldorf. 1961 Approbation und Promotion. Danach wissenschaftlicher Assistent, später Oberarzt in der prothetischen Abteilung der Westdeutschen Kieferklinik der Universität Düsseldorf. 1970 Habilitation, Auszeichnung mit dem Miller-Preis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 1973 apl. Professor, 1974 Wissenschaftlicher Rat und Professor. 1977 Eröffnung seiner Praxis. Viele Jahre lang betreute er federführend den Deutschen Arbeitskreis für Praxis-hygiene.

Bereits während seiner Hochschul-lehrerlaufbahn suchte und fand Prof. Engelhardt engen Anschluß an die niedergelassene Kollegenschaft. Insbesondere wurde er aktiv in der „Neuen Gruppe“, später war er für zwei Jahre deren Präsident. Ein Aufzählen der mannigfaltigen weiteren fachlichen Aktivitäten und Mitgliedschaften auf nationaler und internationaler Ebene möchte ich mir ersparen, ein



Foto: privat

kurzes persönliches Wort zum Abschluß sei mir aber erlaubt: In den nahezu vier Jahrzehnten, die mich mit Peter Engelhardt freundschaftlich-kollegial verbinden, hat er sich nie versagt, wenn ich ihn bat, bei der einen oder anderen Aufgabe seine Kompetenz einzubringen, sei es ganz früh in den sechziger Jahren als Mitglied des Fortbildungsausschusses der Zahnärztekammer Nordrhein, sei es in den neunziger Jahren in der Kommission für Fachfragen, um nur zwei zu nennen.

Die Kollegenschaft schuldet Prof. Engelhardt Dank und Anerkennung. Ich wünsche ihm alles denkbare Gute für seinen Ruhestand, der aber – wie ich ihn kenne – noch längst nicht in eine völlige Abkehr von den von ihm bisher gelebten Aktivitäten einmünden wird.

*Dr. Joachim Schulz-Bongert  
Ehrenpräsident der  
Zahnärztekammer Nordrhein*



# Karl-Heinz Nölke

## 60 Jahre

**E**in original Bergischer Junge feierte am 6. Mai 2002 seinen 60. Geburtstag, und ich möchte Dir, lieber Karl-Heinz, die Glückwünsche der Kollegenschaft aus Bergisch-Land überbringen.

Geboren am 6. Mai 1942, mitten im Zweiten Weltkrieg in Remscheid-Lennep, wurdest Du schon früh mit dem Leid des Krieges konfrontiert: Nur durch einen Zufall überlebst Du mit Deiner Mutter den Bombenangriff auf Elberfeld. Seit dem zweiten Lebensjahr bist Du in Düsseldorf aufgewachsen, und nach dem Abitur am Schloßgymnasium in Düsseldorf-Benrath hast Du von 1961 bis 1967 in Köln, Mainz und Düsseldorf Medizin studiert und in Düsseldorf von 1967 bis 1969 als Assistent an verschiedenen Kliniken gearbeitet.

Einer guten Eingebung folgend hast Du Dich 1970 für das Studium der Zahnmedizin an der Universität Düsseldorf immatrikuliert. Nach dem Staatsexamen und dreijähriger Assistenzzeit in Düsseldorf führte Dich Dein Weg wieder nach Wuppertal-Vohwinkel, wo Du seit 1976 in eigener Praxis niedergelassen bist.

1976 begann auch Dein standespolitischer Weg durch den Eintritt in den FVDZ, der Dich ab 1991 in den Bezirksgruppenvorstand führte, den Du von 1995 bis 1997 als Vorsitzender geleitet hast.

Eine Berufung in den RVO-Prüfungsausschuß von 1981 bis 1992 war Dein erstes Ehrenamt, als Mitglied der Vertreterversammlung der KZV-NR von 1993 bis 2000 hast Du Verantwortung für die Kollegen übernommen. Die vielen gesetzlichen Fesselungen unseres Berufsstandes haben Deiner liberalen Berufsauffassung sehr viel zugemutet, sie haben Dich aber immer wieder motiviert, für den Beruf einzutreten – seit 1998 als Vorsitzender der Bezirksstelle Bergisch-Land und seit Dezember 2001 als Mitglied der Kammerversammlung.

Deine Ehefrau Elke, die selbst als Zahnärztin und als Berufsschullehrerin engagiert ist, hat Dich mit ihrem einnehmenden, fröhlichen Wesen gestärkt und dazu beigetragen, daß Du Dich für die Kollegenschaft auch als Gründungsmitglied unserer regionalen Initiative einbringen konntest. Deine drei noch



Foto: Kolwes

jungen Söhne werden Dich sicher auch weiterhin in Schwung halten.

Wir wünschen Dir, daß Du weiterhin mit Lebensfreude noch viele Off-Road-Touren mit Deinem nicht zu übersehenden Geländewagen unternehmen und bei guter Gesundheit Deinen Beruf ausüben kannst. Wir stoßen mit einem Glas „Alt“ auf Dich an: Prosit!

*Dein Erhard Keßling*

## Internetadressen

### Kammern

**Bundeszahnärztekammer/KZBV**  
<http://www.bzaek.de>

**Zahnärztekammer Nordrhein**  
<http://www.zaek-nr.de>

**Zahnärztekammer und KZV Westfalen Lippe**  
<http://www.zahnaerzte-wl.de>

### Organisationen

**Bergischer Zahnärztereine**  
<http://www.bzaev.de>

**Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V.**  
<http://www.bdk-ev.de>

**Bundesgesundheitsministerium**  
<http://www.bmggesundhe.it>

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**  
<http://www.bzga.de>

**Deutsche Ärzteversicherung**  
<http://www.aerzte-versicherung.de>

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde**  
<http://www.medi-netz.com/daz.htm>

**DGZMK – Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**  
<http://www.dgzmk.de>

**DKV – Deutsche Krankenversicherung AG Gruppenversicherung für Zahnärzte**  
<http://www.dkv.com/frame/produkte/274.html>

**Freier Verband Deutscher Zahnärzte**  
<http://www.fvdznr.de>

**Freier Verband Zahntechnischer Laboratorien**  
<http://www.fvzl.de>

**Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein**  
<http://www.zahnaerzte-nr.de>

**Privat-Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands**  
<http://pzvd.de>

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**  
<http://www.svr-gesundheit.de>

**Wir Zahnärzte in Nordrhein**  
<http://www.wzn.de>

# Dr. Ernst Goffart

## 50 Jahre

**E**rnst Goffart wurde am 18. Mai 2002 50 Jahre alt. Dazu eine kleine Geschichte: Von Aachen nach Monschau in die tiefe Eifel führt der Weg durch den Ort Roetgen.

Dort fragte mich mein Mitfahrer: „Wohnt hier nicht der Zahnarzt aus der Eifel?“

„Ja, hier beginnt bereits die Eifel, aber wen meinen Sie?“ „Den etwas borstigen meine ich, Sie wissen schon.“

Ich sinnierte über „borstig“, und dazu fiel mir eine Menge ein: Borstig ist rau – muß man unbedingt mit dem Strich striegeln, nie dagegen! Borstig scheuert und reibt sich gelegentlich; Borstige sind unermüdlich im Herumstöbern. Sie lassen sich kaum ablenken und abbringen von ihrem Kurs, stoßen in den letzten Winkel vor, haben eine dicke Haut und sind unempfindlich; sie grummeln und sind gemütlich, essen gerne und genüsslich – auch vielseitig und größere Portionen.

„Ja, da wüßte ich jetzt nicht, wen Sie meinen!“

„Nein? So stachelig – Igell!“

„Ich dachte schon an jemand Bestimmtes, aber stachlig ist der nicht. Spitz und piekend, das ist er nicht – ach, Sie meinen nur die Haare?“

Da fiel endgültig der Groschen (das 10-Cent-Stück). Nein, stachlig wäre auch nicht zutreffend gewesen: „Also doch. Sie meinen den Kollegen Goffart aus der Eifel?“

„Ja, genau, Goffart, das ist er.“

Es ist schon sehr bemerkenswert, wenn jemand so absolut ohne Einschränkung eine ganze Landschaft verkörpert: **Der** aus der Eifel! Das ist fast wie ein Adelsprädikat...

Aber da ist einiges zutreffend gesagt: Da ist der eher zurückhaltende Mensch, der bodenständige Familienvater, der solide



Foto: KZV NR

und engagierte Zahnarzt, der unerschütterliche Standespolitiker und der zuverlässige Kollege. Da ist der Zielstrebige und Nimmermüde, von großer Beharrlichkeit und mit einer ausgeprägten Vorliebe für Geselligkeit. Da ist Mitgefühl und Sorge um die Mitmenschen, und da ist nicht zuletzt eine sichtbare Freude am Leben. Ja, aus der Eifel zu stammen, kann wahrlich kein Makel sein!

Für alle Kolleginnen und Kollegen in der Region Aachen verkörpert Ernst Goffart kantige Geradheit, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit und stete Hilfsbereitschaft. Er ist Verwaltungsstellenleiter der KZV Nordrhein in Aachen. Seit vielen Jahren. Er prägte und versucht folglich den Spruch zu leben: „Ich bleibe lieber hier vor Ort, statt mir in Düsseldorf sinnlos die Nächte um die Ohren zu schlagen.“ Doch ist er landauf, landab bekannt, nicht zuletzt bei den jungen Kollegen, derer er sich stetig und einzeln annimmt,

auch weil er mit den Examenssemestern einmal im Jahr einen Ausflug gen Düsseldorf macht. Das wird wohl eine rechte Sause sein, weil alle immer so begeistert berichten – muß ja auch schön sein, die Kammer, das Fortbildungsinstitut, die Apobank und als Krönung die KZV in der Lindemannstraße zu besuchen? Oder liegt es am Absacker in der Düsseldorfer Altstadt? Oder eigentlich doch mehr an der gemeinsamen Fahrt im Reisebus?

Ernst Goffart ist der personifizierte Obmann für die Kollegenschaft in Aachen Stadt und Land. Er besucht die Jubilare, und die älteren Kolleginnen – „Das ist aber ein feiner Mann!“ – können ihren nächsten runden Geburtstag kaum erwarten, weil er zum Abschied verspricht, daß er dann mit dem Geschenk der Zahnärzteschaft wiederkommt.

Auch diese Hinwendung zum Mitmenschen ist überaus wichtig, beansprucht aber Zeit und Kraft. Und diese braucht er vornehmlich für seine Praxis, die er erfolgreich an Rande der Zivilisation betreibt. Seine Ehefrau Helga steht ihm nicht nur da standhaft zur Seite, man spürt es genau: Das ist ein eingespieltes Team.

Woher nimmt er die Kraft, all das zu schaffen, was er muß, was er sich auferlegt hat und was von ihm verlangt wird? Ist es der Freizeitsport? Das gute Essen? Ist es die gute Eifelluft? Ist es die ländliche Ruhe und Abgeschiedenheit? Ist es die Familie, der Zusammenhalt? Es ist bestimmt auch der Erfolg und die Liebe zum Beruf. Wer wie Ernst Goffart in Köln Zahnmedizin studiert hat, muß seinen Beruf schon sehr mögen. Köln ist Schmiede für hochwiderstandsfähige Charaktere, die allerdings dann auch von ihrem Beruf wirklich solide und fundiert etwas verstehen.

Was verkörpert Ernst Goffart noch? In den Augen vieler Kolleginnen und Kollegen verkörpert er nicht zuletzt den Prototyp des Freiverbändlers: Er ist wirklich ein freier Zahnarzt, fleißig, selbstbewußt, stolz auf seine Leistung, stets bedacht auf Unabhängigkeit und Selbständigkeit. Er benötigt keine staatliche o. ä. Fürsorge und ist mit Lust selbstverantwortlich und dadurch stark.

So ist Ernst Goffart auch ein Vorbild für viele ängstlichere Gemüter, denen er zur Seite steht. Dafür und für all sein Schaffen und Wirken zum Wohle der Kollegenschaft sei ihm von Herzen gedankt.

Peter Esser

<b>ZAD</b>	<b>Zahnärztliche- Abrechnungs- Dienstleistungen</b>	<b>ZAD</b>
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.		
<b>ZAD Ursula Scholten, Krefelder Straße 145, 47839 Krefeld</b>		
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		



## Zahnarzt piff das deutsche Pokalfinale 2002

# Dr. Franz-Xaver Wack – Chef auf dem Rasen

**F**ußball bewegt die Menschen. Überschwärmende Freude in Gelsenkirchen, Trauer und Tränen in Leverkusen. 100 000 ausgelassene Fans feierten am Tage danach die Schalker Pokalhelden in einer gigantischen Straßenfete. Der Empfang beim Bürgermeister – obwohl am Sonntag – und die Eintragung in das Goldene Buch der Stadt sind schon eher Beiläufigkeiten. Schalke hatte Leverkusen im Pokalfinale des Jahres mit vier zu zwei Toren geschlagen und wider Erwarten gegen den Favoriten den Titel verteidigt.

Fast zehn Millionen Zuschauer verfolgten am 12. Mai das Spiel im Fernsehen, rund 50 000 Anhänger von Schalke 04 waren in die Arena „Auf Schalke“ gepilgert, obwohl in diesem hypermodernen Stadion an diesem Tag der Rasen fehlte und der Ball nur auf der Leinwand flimmerte. Eigentlich unvorstellbar!

Im altehrwürdigen, natürlich ausverkauften Stadion zu Berlin dagegen verfolgten bei strahlendem Sonnenschein mehr als 70 000 Zuschauer live, wie die Trainer Stevens und Toppmöller die Fußballmillionäre auf echtem Rasen in den Kampf schickten.

Keine Frage, daß bei einem solchen Spektakel fast die gesamte Polit- und sonstige Prominenz vertreten war, obwohl es sich beim Fußball doch nur um eine Nebensache handelt. Ebenfalls keine Frage, daß bei einem solchen Anlaß – neben Franz Beckenbauer – Staats- oberhaupt, Bundeskanzler und Innenminister wie selbstverständlich zugegen waren – ganz unabhängig vom Wahljahr. Oder doch nicht?

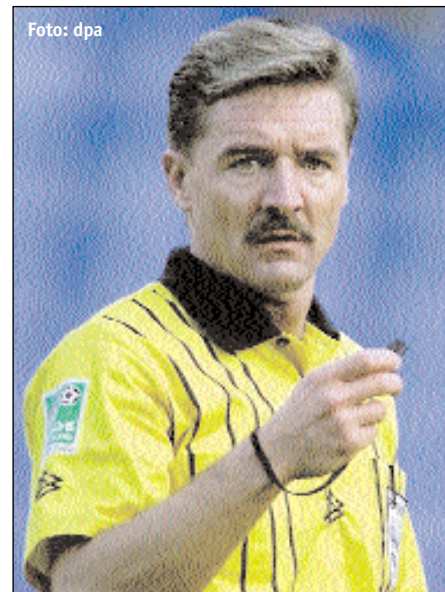
Bundeskanzler Gerhard Schröder tat sich in der Halbzeitpause als Kommentator hervor, vermied es aber, seinen Favoriten zu nennen. „Die bessere Mannschaft soll gewinnen.“ Schließlich möchte man zwar immer dabei sein, aber keine potentiellen Wähler verprellen. Als dann Bundespräsident Johannes Rau nach dramatischem Spiel mit zwei sehr unterschiedlichen Halbzeiten den Siegern den begehrten Pokal überreichte, waren die für Leverkusen spielenden

Brasilianer Ze Roberto und Lucio, aber auch Ulf Kirsten, der als Torschütze sein Abschiedsspiel absolvierte, enttäuscht in die unterirdischen Kabinen geflüchtet. Sie verweigerten die Annahme der Silbermedaillen für den zweiten Sieger. Dramatik pur nach diesen packenden 90 Minuten, die zeigt, daß Fußball für viele vielleicht doch mehr als die schönste Nebensache der Welt bedeutet.

Wenn Fußball eine solche Hysterie bei Menschen auslösen kann, dann wäre es höchst fahrlässig, die Rolle derjenigen zu vergessen, die ein solch dramatisches Spiel mit klarem Kopf und Sachverstand zu leiten haben. Um es vorwegzunehmen, Chef auf dem Rasen beim deutschen Pokalfinale 2002 war ein praktizierender Zahnarzt aus Bayern, nämlich Dr. Franz-Xaver Wack. Kollege Wack hatte mit seinem Team, den beiden Linienrichtern und erstmalig einem vierten Schiedsrichter für die Coaching-Zone, Spiel und Umfeld voll im Griff. Er scheute sich nicht, noch in der 90. Minute den überragenden schwarzen Schalker Stürmer Agali vom Platz zu stellen. Darüber hinaus sorgte der Unparteiische mit dem doppelten Platzverweis für die beiden Trainer Huub Stevens und Klaus Toppmöller für ein Novum in der deutschen Fußballgeschichte: In der letzten halben Stunde des packenden Spiels waren beide Trainerbänke verwaist.

Ausgangspunkt für die Feldverweise war die Meldung von Wacks Assistent Knut Kircher. Dieser hatte mitbekommen, daß „Herr Stevens in der ersten Halbzeit mehrfach Schiedsrichterentscheidungen unspornlich monierte“. Den Ausschlag für seinen Verweis auf die Tribüne hat aber gegeben, daß er zur Pause den Schiedsrichter bedrängt habe. „Da mußten wir präventiv eingreifen,“ erklärte Zahnarzt Wack nach dem Spiel. „Und was Toppmöller anbetrifft, hat er Worte im Mund geführt wie ‚seid ihr blind?‘ – das konnten wir uns auch nicht bieten lassen.“

Schalke Manager Rudi Assauer sprach von einem erbärmlichen Zeugnis für die deutschen Schiedsrichter. „Der Fußball lebt doch von Emotionen, sonst könn-



ten wir gleich in die Kirche gehen. Ein Schiedsrichter muß doch auch mal Fingerspitzengefühl beweisen.“

Zahnarzt Dr. Franz-Xaver Wack, der pro Bundesliga-Einsatz 3068 Euro als Aufwandsentschädigung bekommt, sieht das anders. Er muß sich auf seine Einsätze wie ein Profi vorbereiten, immer Herr des Geschehens auch in einem Hexenkessel bleiben und oft in Sekundenbruchteilen Entscheidungen fällen, die über Sieg oder Niederlage entscheiden können.

Seine Entscheidungen sind irreversibel – sie werden elektronisch aufgezeichnet und hinterher von den Medien und den Fans oft hämisch kommentiert. Für den Fußballprofi ist der Körper sein Berufskapital. Er fühlt sich persönlich immer gefährdet. Das führt dazu, daß der Reizbarkeitspegel sehr hoch ist. Dasselbe gilt für die Manager und Vereinsführungen, die zigmillionen Euro in die Spieler investieren. Der Leistungsdruck ist enorm.

In Anspielung auf den Schalker Manager Assauer meinte Franz-Xaver Wack ganz cool: „Fingerspitzengefühl brauche ich nur bei meiner Frau Ellen.“ Und im Umgang mit den Patienten, möchten wir hinzufügen. Das sieht auch der Schalker Ex-Nationalspieler Olaf Thon so. Auf die Frage des Moderator Poschmann, wieso Zahnärzte so auffallend gute Schiedsrichter sind, meinte Thon spitzbübisch: „Zahnärzte können sich in schwierigen Situationen behaupten, sie wissen genau, wo die Nerven liegen.“ Im übrigen ist ein guter Zahnarzt auch immer ein guter Psychologe, und Kondition braucht er auch noch.

Dr. Kurt J. Gerritz

## Bezirksstelle Aachen

### 60 Jahre

Dr. Volker Klöser  
Samaritanerstraße 4  
52222 Stolberg  
\* 28. 6. 1942

### 90 Jahre

Dr. Paul Gageik  
An der Vogelstange 40  
52511 Geilenkirchen  
\* 29. 6. 1912

### 92 Jahre

Dr. Alfred Becker  
Ronheider Berg 242  
52076 Aachen  
\* 13. 7. 1910

## Bezirksstelle Düsseldorf

### 50 Jahre

Dr. Peter Paul Grzonka  
Dreherstraße 3  
40625 Düsseldorf  
\* 17. 6. 1952

Dr. Karl Paulus  
Haroldstraße 16  
40213 Düsseldorf  
\* 13. 7. 1952

### 60 Jahre

Dr. Gerd Pahnke  
Bergstraße 9  
40699 Erkrath  
\* 24. 6. 1942

### 65 Jahre

Dr. Gerda Hoss  
Grefrather Weg 118  
41464 Neuss  
\* 19. 6. 1937

### 70 Jahre

Dr. Wilhelm Osing  
Humperdinckstraße 3  
40593 Düsseldorf  
\* 13. 7. 1932

### 75 Jahre

Dr. Karl-Ernst Blieske  
Hermann-Hesse-Straße 5  
40470 Düsseldorf  
\* 1. 7. 1927

Dr. Heinz-Joachim Fichtner  
Ltd. Kreismedizinalklinikdirektor a. D.  
Hölderlinstraße 1  
41516 Grevenbroich  
\* 4. 7. 1927

ZA Heinz Stutte  
Peckhauser Straße 55  
40822 Mettmann  
\* 15. 7. 1927

### 80 Jahre

ZÄ Alodia Mowius-Ryboswski  
Fröbelstraße 14  
40699 Erkrath  
\* 22. 6. 1922

# WIR GRATULIEREN

### 85 Jahre

ZA Klaus Lentzen  
Eller Straße 182  
40227 Düsseldorf  
\* 11. 7. 1917

### 90 Jahre

ZA Wolfgang Nitsche  
Lübisrather Straße 12  
41469 Neuss  
\* 13. 7. 1912

## Bezirksstelle Duisburg

### 50 Jahre

ZÄ Gabriela Piontek  
Lehrerstraße 49  
47167 Duisburg  
\* 6. 7. 1952

### 60 Jahre

Dr. med. dent. (R)  
Alexander Jansen  
Hünxer Straße 174  
46537 Dinslaken  
\* 14. 7. 1942

### 65 Jahre

Dr. Klaus Titkemeyer  
Katzenbruch 26  
45478 Mülheim  
\* 3. 7. 1937

### 75 Jahre

Dr. Horst Rüger  
Schobes Heide 40  
45475 Mülheim  
\* 26. 6. 1927

### 80 Jahre

ZÄ Brunhilde Wellmann  
Schulstraße 7  
47226 Duisburg  
\* 5. 7. 1922

### 82 Jahre

Dr. Heinz-Georg Kempken  
Eintrachtstraße 51  
45478 Mülheim  
\* 18. 6. 1920

## Bezirksstelle Essen

### 50 Jahre

Dr. Manfred Münchow  
Huysenallee 50  
45128 Essen  
\* 4. 7. 1952

### 60 Jahre

Dr. Jürgen Kölker  
Hauptstraße 101–105  
45219 Essen  
\* 18. 6. 1942

### 70 Jahre

Dr. Dietrich Schuchardt  
Richard-Wagner-Straße 38  
45128 Essen  
\* 5. 7. 1932

### 81 Jahre

Dr. Reinhard Ern  
Laurentiusweg 117  
45276 Essen  
\* 9. 7. 1921

### 89 Jahre

Dr. Else Helmonds-Neuhaus  
Rüttenscheider Straße 153  
45131 Essen  
\* 14. 7. 1913

## Bezirksstelle Köln

### 50 Jahre

Dr. Bernhard Reiter  
Geistinger Platz 2  
53773 Hennef  
\* 20. 6. 1952

### Dr.-medic stom. (RO)

Gabriela Schmidt  
Ulmer Straße 17  
50739 Köln  
\* 2. 7. 1952

### 60 Jahre

ZA Boris Schotland  
Venloer Straße 305  
50823 Köln  
\* 27. 6. 1942

### Dr. Wilfried Bonness

Löhstraße 13  
51702 Bergneustadt  
\* 3. 7. 1942

### Dr. Gisela Bell

Lennéstraße 44  
53113 Bonn  
\* 5. 7. 1942

### 65 Jahre

ZA Ernst Ney  
Gierenweg 31  
53129 Bonn  
\* 24. 6. 1937

### Dr. Roman Danilevici

Tannhäuser Straße 57  
51674 Wiehl  
\* 9. 7. 1937

### Dr. Dieter Hardt

Quirrenbacher Straße 80 A  
53639 Königswinter  
\* 15. 7. 1937

### 70 Jahre

ZÄ Christa Roschker  
Stresemannstraße 22  
53840 Troisdorf  
\* 21. 6. 1932

### Dr. Charles Donald Moeder

Dürenstraße 42  
53173 Bonn  
\* 28. 6. 1932

### 75 Jahre

ZA Gunther Thielicke  
Haberstraße 60  
51373 Leverkusen  
\* 20. 6. 1927

### ZA Werner Schmitz

Fuldaer Straße 19  
51103 Köln  
\* 25. 6. 1927

### ZA Karl Heinz Voss

Beuthener Straße 24  
51065 Köln  
\* 25. 6. 1927

### 80 Jahre

Dr. Peter Urbanowicz  
Parkstraße 2  
50389 Wesseling  
\* 3. 7. 1922

### 83 Jahre

Dr. Leni Lehnen  
Wohnstift Augustinum  
Römerstraße 118  
53117 Bonn  
\* 3. 7. 1919

### 85 Jahre

ZA Werner Schulte  
Gutenbergstraße 9–11  
50823 Köln  
\* 26. 6. 1917

### ZA Johann Nitsch

Hommericher Straße 26–28  
51789 Lindlar  
\* 29. 6. 1917

### 88 Jahre

Dr. Gretje Fischer  
App. 331  
Hauptstraße 128  
50996 Köln  
\* 15. 7. 1914

### 89 Jahre

ZÄ Ilse Witzmann  
Werner-Erkens-Straße 50  
50226 Frechen  
\* 5. 7. 1913

### 90 Jahre

Dr. Gerda Grajetzky  
c/o Altenzentrum St. Marien  
Vereinsstraße 8  
51103 Köln  
\* 30. 6. 1912

### 95 Jahre

ZA Walter Stüber  
Claudiusstraße 1  
53937 Gemünd  
\* 11. 7. 1907



## Bezirksstelle Krefeld

### 50 Jahre

ZÄ Anja Kaarina  
Kukkonen-Houcken  
Rheinberger Straße 82  
47495 Rheinberg  
\* 4. 7. 1952

### 60 Jahre

Dr. Jan van de Flierd  
In der Aue 19  
47533 Kleve  
\* 29. 6. 1942

### 70 Jahre

Dr. Elke Permien  
Espenweg 27  
47086 Krefeld  
\* 8. 7. 1932

### 81 Jahre

Dr. Heinrich Gries  
In der Stieg 23  
41379 Brüggen  
\* 26. 6. 1921

### 87 Jahre

ZA Karl Gustav Ebels  
Waldhausener Straße 133  
41061 Mönchengladbach  
\* 6. 7. 1915

### 91 Jahre

Dr. Wolfgang Heinemann  
Breitestraße 68  
41236 Mönchengladbach  
\* 2. 7. 1911

## Bezirksstelle Bergisch-Land

### 50 Jahre

ZÄ Bozena Bach  
Cronenberger Straße 85  
42651 Solingen  
\* 10. 7. 1952

### 81 Jahre

Dr. Wolfgang Koenigsbeck  
Schäferstraße 9  
42277 Wuppertal  
\* 30. 6. 1921

### 86 Jahre

Dr. Günther Ragnow  
Oberdüsseler Weg 49  
42113 Wuppertal  
\* 17. 6. 1916

### 88 Jahre

Dr. Marianne Scheckermann  
Kaulbachstraße 23  
42113 Wuppertal  
\* 4. 7. 1914

### 89 Jahre

ZA Franz Wutz  
Küllenahner Straße 218 c  
42349 Wuppertal  
\* 13. 7. 1913

# WIR TRAUERN



Dr. Anneliese Görisch  
Peter-von Fliesteden-Straße 9  
50933 Köln  
\* 19. 6. 1906  
† 21. 4. 2002

ZA Hans Robert Mies  
Königswinterer Straße 26  
53639 Königswinter  
\* 11. 1. 1926  
† 25. 4. 2002

## Bezirksstelle Aachen

Dr. Karl Josef Peters  
Am Holzmarkt 14  
52511 Geilenkirchen  
\* 23. 12. 1924  
† 16. 4. 2002

## Bezirksstelle Köln

ZA Hans Berger  
Im Steinfeld 58  
51371 Leverkusen  
\* 25. 10. 1928  
† 5. 2. 2002

## Bezirksstelle Krefeld

Dr. Heinz Ingenhoff  
Homberger Straße 74 b  
47441 Moers  
\* 26. 11. 1922  
† 22. 1. 2002

## Bezirksstelle Bergisch-Land

ZA Erich-Theo Merholz  
Dohlenweg 19  
42657 Solingen  
\* 3. 10. 1918  
† 11. 5. 2002

### 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

**BF PraxisPlan GmbH**  
Obertor 12  
40878 Ratingen  
**Fon: 02101-711112**  
Fax: 02102-711113  
E-Mail: [bf.praxisplan@cityweb.de](mailto:bf.praxisplan@cityweb.de)  
**Internet: [www.praxisplan.de](http://www.praxisplan.de)**

### Gruss Prophylaxe-Dienst

Mundhygiene u. Prophylaxe seit 1975!

Kostenlose Info und Muster per

Tel. 020 58-7 03 77  
Fax 020 58-91 32 57  
E-mail [info@grussprophylaxe.de](mailto:info@grussprophylaxe.de)  
Internet-Shop [info@grussprophylaxe.de](mailto:info@grussprophylaxe.de)

# Impressum

## 45. Jahrgang

Offizielles Organ und amtliches Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf. Amtliches Mitteilungsblatt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Lindemannstraße 34-42, 40237 Düsseldorf.

## Herausgeber:

Dr. Peter Engel für die Zahnärztekammer Nordrhein und Zahnarzt Ralf Wagner für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein.

## Redaktionsausschuß:

Dr. Rüdiger Butz  
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:  
[Uwe.Neddermeyer@KZVNR.de](mailto:Uwe.Neddermeyer@KZVNR.de)  
Zahnärztekammer Nordrhein,  
Karla Burkhardt  
Telefon (02 11) 5 26 05 22,  
E-Mail: [Burkhardt@zaek-nr.de](mailto: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. 35 vom 1. Oktober 2001 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**

# Hähnchen mit Pastis und Knoblauch

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!

Vorbereitungszeit: etwa 20 Minuten  
 Garzeit: insgesamt 60 bis 70 Minuten  
 Pro Portion etwa 61 g Eiweiß; 40 g Fett; 37 g Kohlenhydrate = 3498 Joule (836 Kalorien)  
 Das passende Getränk: Ein Rosé aus der Provence.

## Rezept für vier Portionen:

2 frische, bratfertige Hähnchen  
 Salz  
 frisch gemahlener schwarzer Pfeffer  
 2 Stiele Rosmarin  
 2 Stiele Thymian  
 4 Lorbeerblätter  
 1 EL Olivenöl  
 1 EL Fenchelsamen (aus der Apotheke)  
 4 EL Pastis (z. B. Ricard oder Pernod)  
 4 Knoblauchzehen  
 750 g kleine Kartoffeln  
 etwa 100 g Butter  
 Backofen auf 200 Grad (Gas 3) vorheizen. Hähnchen innen mit Salz und Pfeffer würzen. Rosmarin, Thymian und Lorbeerblätter in den Bauch legen. Die Keulen der Hähnchen zusammenbinden. Hähnchen im heißen Öl im feuerfesten Topf auf dem Herd anbraten, mit Salz und Pfeffer würzen. Fenchelsamen und Pastis über die Hähnchen geben. Ungeschälte, gründlich gewaschene Kartoffeln rundherum in den Topf legen. Zugedeckt in den vorgeheizten Ofen schieben. Hähnchen je nach Größe in

50 bis 60 Minuten garen, in den letzten 15 Minuten im offenen Topf, damit die Haut noch Farbe bekommt.

Sauce in einen kleinen Topf gießen, das Fett abschöpfen und den verbleibenden Fond abmessen. Für 100 cm<sup>3</sup> Fond etwa 100 g eiskalte Butter zum Binden verwenden (für 80 cm<sup>3</sup> Fond entsprechend 80 g Butter). Fond in einem Stieltopf erhitzen, Butter in kleinen Stücken nach und nach einschwenken. Hähnchen mit Kartoffeln und Sauce reichen.

## Wichtig:

Durch das Einschwenken der Butter wird die Sauce leicht gebunden.

Die Butterwürfel müssen eiskalt (Tielkühlfach) sein, der Fond heiß, denn dieser Temperaturunterschied bewirkt eine Emulsion. Butterstücke nacheinander in die Sauce geben und durch drehende Bewegung des Topfes auflösen, „einschwenken“.

Keinen Schneebesen verwenden, denn die Sauce soll nicht schaumig werden. Nicht mehr kochen lassen.

Viel Spaß beim Nachkochen und guten Appetit!

*Dr. Rüdiger Butz*



Foto: Butz



Kaiserswerth bei Düsseldorf

# Rheinromantik – auch am Niederrhein



Die Rheinfassade von Kaiserswerth. Links der Mühlenturm, oberhalb des Schiffsanlegers geht es zum Marktplatz, daneben die Suitbertus-Basilika und die Kaiserpfalz.

Der RZB-Freizeitipp stellt monatlich Ausflugsziele in der Umgebung vor. Im nächsten Heft: Schloß Dyck und die Landesgartenschau.

2002 wird das 200jährige Jubiläum der Rheinromantik gefeiert (vgl. RZB 5/2002). Nicht nur zwischen Bonn und Bingen, auch wenige Kilometer nördlich vom Düsseldorfer Zentrum in Kaiserswerth steht eine beachtenswerte „Burg-ruine“ – die ehemalige Pfalz Kaiser Barbarossas.

In seiner heutigen Form ist das älteste Denkmal der Stadt durch spätere romantisch verklärende Restaurationen geprägt. Auf die großen Blausaltsteine hat allerdings vor über 800 Jahren schon die Gefolgschaft Barbarossas geschaut. Der Kaiser verlegte 1174 den Rheinzoll an die Pfalz auf der Insel Werth und baute wenig später eine starke Zollfeste, wo schon Heinrich III. 1050 einen Palast (Palatium = Pfalz) errichtet hatte. Die Anlage kam dadurch zu einigem – wenn auch zweifelhaftem – Ruhm, daß Erzbischof Anno im Jahre 1062 den unmündigen Kaiser Heinrich IV. von hier nach Köln entführen ließ.

## Vor 300 Jahren zerstört

Ähnlich unrühmlich für einen Kölner Erzbischof war die Zerstörung der mächtigen Anlage 1702 während des Spanischen Erbfolgekrieges. Josef Clemens stellte sich nämlich gegen den deutschen Kaiser. Unter dem Vorwand, sie seien ein „burgundisches Hilfsvolk“, öffnete der Kurfürst im April 1702 die Tore des kurkölnischen Kaiserswerth für 5 000 Franzosen. Diese wurden aber schon am 15. Juni von der kaiserlichen Belagerungstruppe zur Übergabe gezwungen. Nach der Kapitulation wurde die gesamte Festung mit 400 Pulverfässern in die Luft gesprengt. Bis auf das Romanische Haus, das Zollhaus, das Kapuzinerkloster (heute Teil des Suitbertus-Gymnasiums) und die Basilika, überdauerte wenig die systematische Zerstörung.

300 Jahre später, am 14. Juni 2002, eröffnet das Museum Kaiserswerth eine Ausstellung über die Zerstörung der

**Museum Kaiserswerth,**  
Fliednerstr. 32, 40489 Düsseldorf,  
Tel. (02 11) 40 36 14,  
Führungen ab 15. Juni.

Stadt. Gezeigt werden unter anderem alte Grafiken, Belagerungspläne und die Kapitulationsurkunde, eine Rekonstruktion des Zustands vor dem Krieg.

## Kaiserpfalz wieder zugänglich

Nach mehreren älteren Teilrestaurierungen und Rekonstruktionen wurde die Kaiserpfalz im letzten Jahrzehnt immer baufälliger und mußte vor acht Jahren geschlossen werden. Die aufwendigen Arbeiten kosteten 410 000 Euro, nicht gerechnet 7 000 Stunden ehrenamtlicher Tätigkeit.

## Rundgang durch die Stadt

Sehenswert ist nicht nur die Pfalz, sondern auch der Ort, der auf und um die ehemaligen Festung entstand. Wer mit dem Auto anreist, kommt vom Klemensplatz über eine Brücke, die einen heute trockenen Rheinarm überquert, auf die frühere Insel (Werth) mit der befestigten Stadt. Alternativ kann man Kaiserswerth mit dem Schiff (ab der Düsseldorfer Altstadt) oder mit dem Fahrrad erreichen. Idyllisch ist schon der Blick auf den zentralen Marktplatz. Auf dem Mittelstreifen stand einst das alte Rathaus. Bei der Belagerung 1702 wurde es zerstört und





Nach langer Schließung seit Mai wieder zugänglich – die Ruine der Kaiserpfalz (um 1184) Friedrich Barbarossas.

nicht wiederaufgebaut. Bis zum Rhein sind es nur noch wenige Schritte, links geht es dann hinter St. Suitbertus entlang zur Kaiserpfalz. Noch einige Meter weiter trifft man in der Gaststätte „Galerie Burghof“ auf zahlreiche Spaziergänger, Fahrrad- und Cabriofahrer. Sie genießen im „der schönsten Biergarten der Stadt“, aber auch dem „bel(i)ebtesten Gehege für Süßholzraspler der Umgebung“ den Rheinblick und das bunte Treiben.

Wer Ruhe vorzieht, findet sie auf einem idyllischen Platz direkt vor St. Suitbertus. Die vielleicht schönste niederrheinische Pfeilerbasilika aus dem 11. und 13. Jahrhundert birgt den wertvollen vergoldete Schrein mit den Gebeinen des heiligen Suitbertus. Die meisten Häuser am Platz wurden von den Stiftsherren bald nach 1702 erbaut. Vom Turm auf der Hofseite kontrollierten die Zöllner früher den Schiffsverkehr auf dem Rhein; im Süden eines der mächtigsten Barock-



Der Suitbertus-Stiftsplatz – eine Oase der Ruhe, nur wenige Schritte vom belebten Rheinufer entfernt.



Das Pfarrhaus (li.), Keimzelle der Diakonie und erste Ausbildungsstätte von Theodor Fliedner. Hier wohnte Florence Nightingale als junge Schülerin.

häuser von Kaiserswerth, das ehemalige Propsteigebäude. Im benachbarten Krankenhausgelände versteckt liegt das ehemalige Haus eines Stiftsherren aus der Mitte des 13. Jahrhunderts. Besonders markant sind die romanischen Fenster der Ostseite und die Stufengiebel.

Anschließend kann man einige hundert Meter entfernt in der nördlichen Ortsmitte auf den Spuren von Theodor Fliedner und Florence Nightingale wandeln. Die Pioniere der sozialen Kran-



Das Gebäude mit der Jahreszahl 1733 auf der südlichen Seite der Zentralachse birgt das hochdekorierte Restaurant „Im Schiffchen“.



kenpflege lehrten bzw. lernten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts im evangelischen Pfarrhaus. Für Hungerige und Durstige bietet Kaiserswerth anschließend ein breites und recht anspruchsvolles Angebot an Gaststätten und Biergärten – sogar die Imbißbuden sind besonders gepflegt.

## Theodor Fliedner und Florence Nightingale

Der Wegbereiter der kirchlichen Krankenpflege Theodor Fliedner (1800–1864) arbeitete seit 1822 als evangelischer Pfarrer in Kaiserswerth. Hier gründete er nach englischem Vorbild zahlreiche soziale Einrichtungen, aus denen schließlich die Diakonie, das evangelische soziale Hilfswerk, entstand. Ab 1836 wurden im Kaiserswerther Diakonissenmutterhaus auch Frauen für Lehr- und Pflegedienste ausgebildet. Damit war in der evangelischen Kirche der Weg für die offizielle Mitarbeit der Frau bereitet. Florence Nightingale (1820–1910), aus wohlhabender englischer Familie, ließ sich gegen deren Widerstand bei Fliedners Diakonissen in Kaiserswerth und den Barmherzigen Schwestern in Paris zur Krankenschwester ausbilden – was damals in ihrer sozialen Schicht völlig undenkbar war. Während des Krimkrieges (1853–1856) war sie als „Engel der Barmherzigkeit“ im Sanitätsdienst tätig. Ihr Engagement für die Reform des militärischen und zivilen Sanitätswesen inspirierte Henri Dunant zur Gründung des Roten Kreuzes.

Wie stolz man in Kaiserswerth auf seine berühmten Bürger ist, wird dem Besucher deutlich, der die Gartenanlage gegenüber der Kaiserpfalz betritt. Hier stehen Büsten von Florence Nightingale und Theodor Fliedner, daneben u. a. der Dichter Herbert Eulenberg (1876–1949) und der Kämpfer gegen den Hexenwahn Friedrich Spee (1591–1635).

*Text und Fotos: Dr. Uwe Neddermeyer*

**Kaiserpfalz**, Mai bis Oktober,  
täglich 9–18 Uhr,  
Führungen jeden  
1. und 3. Samstag im Monat.

### Festlichkeiten zur Wiedereröffnung:

21. Juni, 20 Uhr,  
Carmina Burana,  
22. Juni, 19.30 Uhr,  
Kabarett „Geht Spielen“,  
23. Juni, 16 Uhr,  
Pfalzfest mit drei Jazz-Bands



Das alte Zollhaus (li.) ist das prächtigste Haus, das noch aus der Zeit vor der Zerstörung im Jahre 1702 existiert.

Der Torturm  
an der Stiftsgasse  
diente früher als  
befestigter Zugang  
zum Stift.



Die Suitbertus-Basilika gilt als eine der schönsten niederrheinischen Pfeilerbasiliken.



Der GOZ-Referent informiert

# GOZ-Urteilssammlung der Zahnärztekammer Nordrhein 5. Auflage / Version 2001



Die nunmehr vorliegende neueste Ausgabe der GOZ-Urteilssammlung wird aus der Notwendigkeit heraus beständig fortgeführt, Ihnen den fundierten Rat der Zahnärztekammer in der von der Rechtsprechung zunehmend geprägten Ausübung der Zahnheilkunde anbieten zu können.

Die unpräzise Gebührenordnung, die bei ihrem Inkrafttreten 1988 schon fachlich nicht den Stand der damaligen Zahnheilkunde wiedergab, provoziert immer noch eine Flut von Einsprüchen, Auseinandersetzungen und Auslegungsschwierigkeiten. Einige Streitpunkte wurden zwar inzwischen einer höchstrichterlichen Entscheidung zugeführt, aber es kommen laufend neue Fragestellungen hinzu.

Mit dieser neuesten Auflage der GOZ-Urteilssammlung wird der Zahnärzteschaft eine aktualisierte Argumentationshilfe gegeben und darüber hinaus werden die sich abzeichnenden Ten-



Dr. Hans Werner Timmers

denzen in der Rechtsprechung erkennbar.

Nicht zuletzt soll die GOZ-Urteilssammlung Hoffnung wecken, daß nicht bereits prinzipiell jeder Gang vor die deutschen Gerichte erfolglos ist, nur weil man der besonderen Berufsgruppe „Zahnärzte“ angehört.

Ihre Zahnärztekammer möchte Ihnen auch zukünftig helfen!

Dr. Hans Werner Timmers

Mit diesem Coupon können Sie die GOZ-Urteilssammlung bestellen. Sobald ein Verrechnungsscheck vorliegt bzw. die entsprechende Überweisung bei der Zahnärztekammer Nordrhein eingegangen ist, erfolgt die Auslieferung direkt durch den Verlag.

Auftraggeber: Anschrift / Stempel

Hiermit bestelle ich die GOZ-Urteilssammlung, 5. Auflage / Version 2001, lieferbar an nebenstehende Anschrift:

\_\_\_\_\_ Exemplar/e als Druck-Version zum Preis von Euro 20,00

\_\_\_\_\_ Exemplar/e als CD-Version zum Preis von Euro 10,00

Der Gesamtbetrag von Euro \_\_\_\_\_

liegt als Verrechnungsscheck bei,

wurde auf das Konto Nr. 0001635921 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) überwiesen.

Zahnärztekammer Nordrhein  
GOZ-Referat  
Postfach 10 55 15  
40046 Düsseldorf



## Intensiv-Abrechnungsseminar 1. und 2. November 2002 in Düsseldorf

**Am 1./2. November 2002** veranstalten die Zahnärztekammer Nordrhein, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, Landesverband Nordrhein, unter der Seminarleitung von Dr. H.-W. Timmers ein **Intensiv-Abrechnungsseminar** für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kurz vor der Niederlassung stehen oder neu niedergelassen sind (**nicht für Praxismitarbeiter**). Teilnehmer, die nicht dem Kammerbereich Nordrhein angehören, werden gebeten, bei Kursbeginn ihren Kammerausweis vorzulegen.

Veranstaltungsort: **Novotel Düsseldorf City-West  
Niederlasser Lohweg 179  
40547 Düsseldorf**

Anmeldungen: **Kurs-Nr. 02394  
Zahnärztekammer Nordrhein  
Postfach 10 55 15, 40046 Düsseldorf  
oder telefonisch 02 11 / 5 26 05-39  
Frau Lehnert**

Die Seminargebühr beträgt € **190,00** und beinhaltet neben der Teilnahme den Verzehr (2 Mittagessen, Pausenkaffee, Konferenzgetränke) sowie Seminarunterlagen. (Getränke zum Mittagessen gehen auf eigene Rechnung.) Die Reservierung gilt als verbindlich, wenn ein Verrechnungsscheck oder eine Überweisung auf dem Konto Nr. 0 001 635 921 (BLZ 300 606 01) bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf, eingegangen ist. 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 € 50 einbehalten, da gegenüber dem Vertragshotel eine Bankett-Pauschale zu leisten ist. Der Kursplatz ist jedoch übertragbar.

### Programm

#### Freitag, 1. November 2002

- 9.15 – 10.30 Uhr Gehört das erarbeitete Honorar dem Zahnarzt wirklich?  
Wirtschaftlichkeitsprüfung,  
Zufälligkeitprüfung, Budget, HVM
- 10.30 – 11.00 Uhr Kaffeepause
- 11.00 – 12.00 Uhr Die Abrechnung prophylaktischer Leistungen
- 12.00 – 13.00 Uhr Abrechnungsmodalitäten bei implantologischen Leistungen
- 13.00 – 14.00 Uhr Mittagspause

Zahnersatzplanung und Abrechnung nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte: Ziele und Absichten des standespolitischen Interessenverwalters der deutschen Zahnärzteschaft

**ab ca. 18.30 Uhr Die Aussteller laden zu einem Umtrunk ein**

#### Samstag, 2. November 2002

- 9.00 – 10.30 Uhr Konservierend chirurgische BEMA-Positionen, freie Vertragsgestaltung
- 10.30 – 11.00 Uhr Kaffeepause
- 11.00 – 12.00 Uhr Fortsetzung Vortrag
- 12.00 – 13.00 Uhr Wirtschaftlichkeitsprüfung und Stichprobe
- 13.00 – 14.00 Uhr Mittagspause
- 14.00 – 15.00 Uhr Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Formvorschriften und Interpretationen der Zahnärztekammer Nordrhein
- 15.00 – 15.15 Uhr Kaffeepause
- 15.15 – 16.30 Uhr Fortsetzung Vortrag

## 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

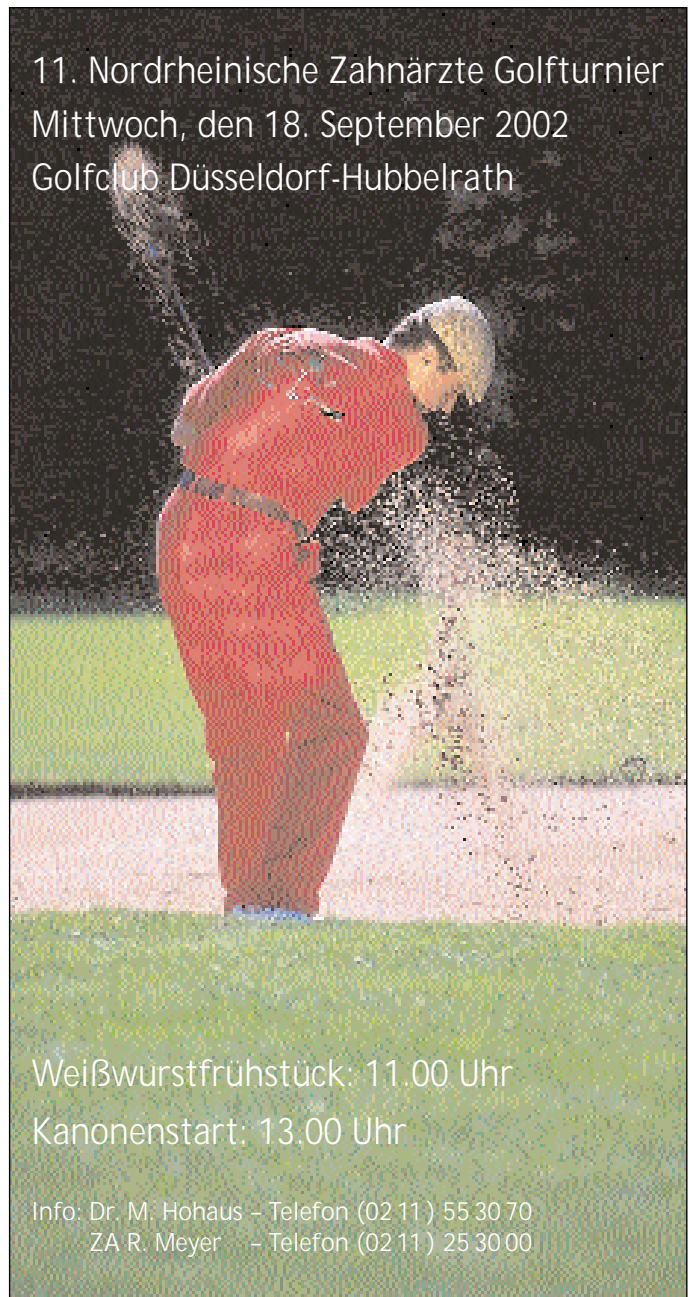
Individuelle Praxisbetreuung/Praxisorganisation auf Anfrage

**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

## 11. Nordrheinische Zahnärzte Golfturnier Mittwoch, den 18. September 2002 Golfclub Düsseldorf-Hubbelrath



Weißwurstfrühstück: 11.00 Uhr

Kanonenstart: 13.00 Uhr

Info: Dr. M. Hohaus – Telefon (02 11) 55 30 70  
ZA R. Meyer – Telefon (02 11) 25 30 00

## In den Mund gelegt Heft 3/2002 • Seite 175

Nordrheinische Zahnärzte können anscheinend Gedanken lesen, auch die eines Mönchs!

Dabei bewiesen die Autoren der fast 30 eingesandten Aussprüche so viel Humor, daß die Auswahl der drei Preisträger sehr schwer fiel. Wir bedanken uns bei ihnen wie üblich mit einem wertvollen Buchgeschenk.

Zahlreiche weitere Ideen hätten eine ehrenvolle Erwähnung verdient; aus Platzgründen müssen wir uns auf drei „Ehrenpreise“ beschränken.



1. Ach Frau Doktor, es ist so schad',  
ich lebe doch im Zölibat.

*Ilona Pöge, Düsseldorf*

2. Sprechen Sie mir nach, Frau Dr. Schorr:  
Mea Pulpa, mea maxima Pulpa.“

*Dr. Georg Köhler, Aachen*

3. Nimm die Hand weg! Der Abt kommt.

*Joachim Wilms, Solingen*

### Ehrenpreise:

Nur nicht nach rechts schauen.  
Zölibat macht hart!

*Dr. Dirk Erdmann, Haan*

Meine Hand darfst Du halten –  
an meine Zähne kommst Du aber nicht dran, Mädell!

*Rudolf Eisenbruch, Elgg*

Wenn ich nicht dieses blöde Schweigegelübde  
abgelegt hätte, würde ich ihr ja gerne  
einmal meine Prothesensammlung zeigen ...

*Dr. Arndt Kremer, Remscheid*

## Schnappschuß und Gewinnspiel

Der Versammlungsleiter der Vertreterversammlung (VV) der KZV Nordrhein Dr. Ludwig Schorr ist ein aufmerksamer Beobachter. Bei der letzten VV entdeckte er unter den Delegierten auch das ehrliche Gesicht des Hundes von Dr. Christiane Gärtner aus Köln.

Eingedenk der Tatsache, daß der Hund der beste Freund des Menschen ist, gab es keinen Platzverweis, zumal sich „Struppi“ vorbildlich verhielt und nicht dazwischenkläffte. Wir wissen nicht, ob es an den Redebeiträgen gelegen hat, jedenfalls zogen sich die beiden nach einiger Zeit in die Sofaecke des Foyers zurück, wo sie sich dem Fotografen stellten.

Vielleicht wollte Frau Kollegin Gärtner im Zeitalter der verheerenden Budgets auch nur bildhaft demonstrieren, daß der Berufsstand „auf den Hund gekommen ist“. Aus der Sicht der KZV gilt jedoch weiterhin, daß ein lebendiger Hund besser ist als ein toter Löwe.



Unsere Frage: Was hat sich „Struppi“ wohl gedacht beim Anblick der vielen Delegierten aus Nordrhein?

Schicken Sie uns bitte Ihren Beitrag zum Schnappschuß des Monats Juni auf einer Postkarte oder per Fax an die

**Redaktion Rheinisches Zahnärzteblatt  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein  
Lindemannstraße 34–42, 40237 Düsseldorf  
Fax (02 11) 96 84-3 32**

Die drei originellsten Zuschriften werden prämiert und im RZB veröffentlicht.

**Einsendeschluß ist der 30. Juni 2002**

*Dr. Kurt J. Gerritz*



# IST DAS NICHT TIERISCH?

Zusammengestellt von Kurt J. Gerritz

## Krankenschwester verprügelt

Eine Krankenschwester ist in Essen von einem Familienangehörigen einer Patientin verletzt worden. Die Schwester hatte wegen der fortgeschrittenen Nachtzeit mehrfach versucht, die 30köpfige Besucherschar zum Verlassen des Krankenhauses zu bewegen. Der Clan dachte jedoch nicht an Aufbruch. Einer der Besucher schlug der Schwester mit der Faust ins Gesicht. Als die Polizei anrückte, waren dann aber alle ganz schnell weg.

*Westdeutsche Zeitung, 25. 3. 2002*

## Fußball: Reue gegenüber Medizinmännern

Nach dem schnellen Scheitern im Afrika Cup und in der Hoffnung auf bessere Fußballzeiten hat die Regierung der Elfenbeinküste reumütig wieder die traditionelle Hilfe der Medizinmänner gesucht. Verteidigungsminister Moisa Lida Kouassi entschuldigte sich in der vergangenen Woche bei einem Besuch im Medizinmänner-Dorf Akradio öffentlich für die „damals nicht gehaltenen Versprechungen“ und überreichte jedem der schmollenden Zauberkünstler neben einer Flasche Schnaps einen Scheck über umgerechnet 200 Dollar.

*Rhein. Post, 10. 4. 2002*

## Zähne um Zähne

Streng getreu dem Spruch „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ ist ein Mann in Saudi-Arabien bestraft worden. Weil Awdah el Sahrani einem anderen im Streit um ein Stück Land zwei Zähne ausgeschlagen hatte, wurden ihm jetzt selbst zwei Zähne gezogen. El Sahrani war wegen der neun Jahre zurückliegenden Tat bereits zu einem Jahr Haft und einer Geldstrafe verurteilt worden, wie die Zeitung El Medina berichtet. Sein Opfer weigerte sich jedoch, ihm zu verzeihen. Ein Gericht stimmte schließlich seiner Forderung zu, auch El Sahrani zwei Zähne zu entfernen, nun wurde die Bestrafung ausgeführt. Nach saudi-arabischem Recht ist es unerlässlich, daß das Opfer einem Täter vergibt, um spätere körperliche Racheakte zu verhindern.

*Süddeutsche Zeitung, 3. 5. 2002*

## Zahnbürste verschluckt

Eine junge Schwedin hat ihre Zahnbürste verschluckt. Wie die Stockholmer Zeitung „Metro“ berichtet, wollte die 26jährige aus Danderyd mit der Bürste einen Juckreiz im Hals bekämpfen. Dabei habe sie das 18 Zentimeter lange Instrument dann verschluckt. Danach habe sie Atembeschwerden bekommen. Die Frau ließ sich sofort in eine Klinik bringen, wo Ärzte die Bürste mit einer Sonde lokalisieren konnten. Sie hatte sich am unteren Ende der Speiseröhre direkt vor dem Magen festgesetzt. Mit Hilfe eines ferngesteuerten Miniatur-Greiflers wurde die Frau auf demselben Weg wieder von der Zahnbürste befreit, auf dem sie diese zu sich genommen hatte.

*Kölnischer Stadtanzeiger, 22. 4. 2002*

## Volltrottel

„Verdammt, da ist es ja,“ waren die Worte des 24jährigen Kevin Eastwood aus London, als er sein gestohlen geglaubtes Auto jetzt durch Zufall wiederfand. Im April vergangenen Jahres war der Elektriker bei einem Freund im südeingli-schen Eastbourne zu Besuch, als ihm sein Auto angeblich geklaut wurde. Bei einem erneuten Aufenthalt in der Stadt fand Eastwood sein Auto wieder – genau dort, wo er es vor einem Jahr geparkt hatte. „Ich kam mir wie ein ziemlicher Volltrottel vor,“ berichtete nun der 24jährige, denn er hatte einfach vergessen, wo er sein Auto abgestellt hatte. Die Erklärung für seine Gedächtnislücke ist eine durchzechte Nacht.

*Die Welt, 18. 4. 2002*

## Das Wahlkampf-motto der Grünen

„Grün wirkt“ liest sich wie die Reklame für ein neues Abführmittel. Sie haben es im Selbstversuch getestet: In 18 Wahlen nacheinander erlitten sie Abfuhr. Den stärksten Durchfall hatten die Grünen gerade in Sachsen-Anhalt. Grün wirkt!

*Leserbrief, Welt am Sonntag, 5. 5. 2002*

## Falscher Zahnarzt war Tischler

Ein Tischler hat sich in Österreich fünf Wochen lang als Zahnarzt ausgegeben und 14 Patienten durch falsche Behandlung verletzt. Der Betrug wurde erst aufgedeckt, nachdem der Praxisinhaber

Verdacht schöpfte und die Polizei informierte, wie die Behörden am Dienstag mitteilten. Der falsche Zahnarzt wurde anschließend festgenommen.

*Kölnischer Stadtanzeiger, 1./2. 5. 2002*

## Börse: Fünfjährige besiegt Analysten

Tia Roberts (5), britisches Mädchen, hat in einem Anleger-Wettbewerb einen professionellen Analysten und einen Börsen-Astrologen um Längen geschlagen. Alle drei investierten 5000 imaginäre Pfund (8000 Euro) in ein Spiel-Depot. Nach einem Jahr hatte Tias Portfolio 5,8 Prozent zugelegt, während die der anderen 6,2 Prozent beziehungsweise sogar 46,2 Prozent an Wert eingebüßt hatten.

*Westdeutsche Zeitung, 14. 3. 2002*

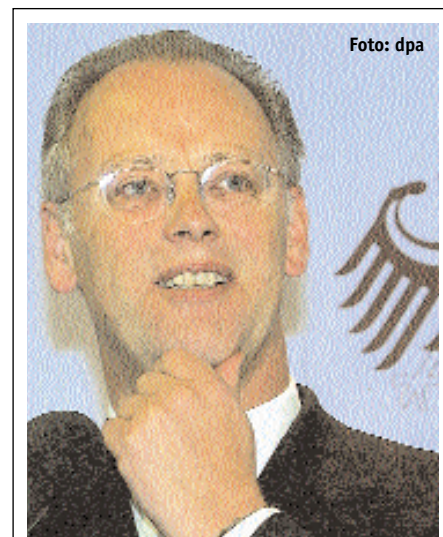


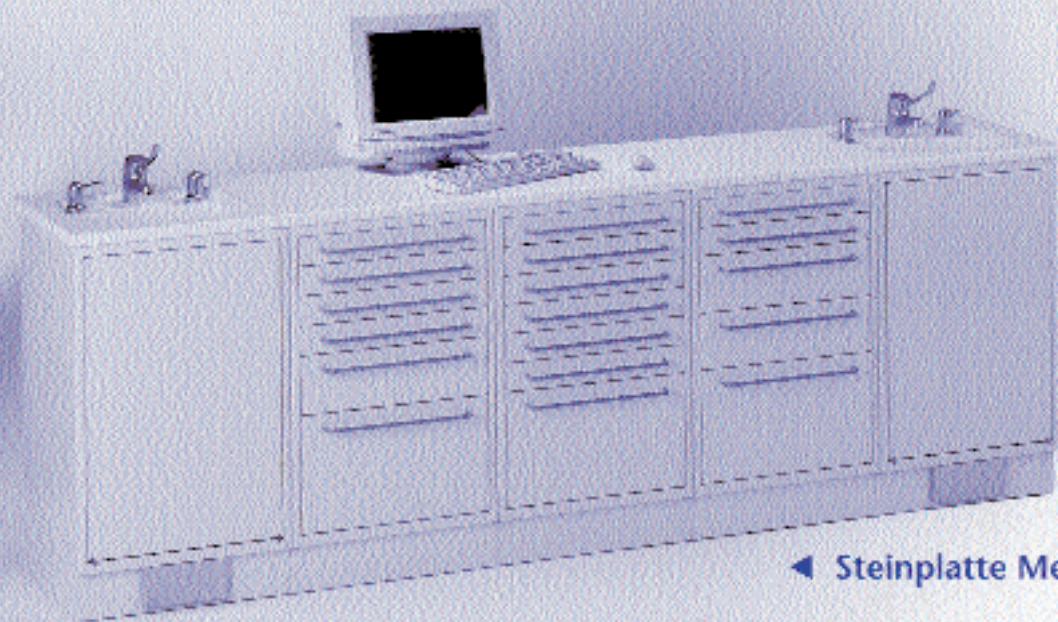
Foto: dpa

## Scharping bleibt Ärgernis

Bundesverteidigungsminister Rudolf Scharping fährt gerne Rad und fliegt viel. Für Verärgerung sorgte er diese Woche – nein, nicht weil er die Luftwaffe für Heimflüge zur Gräfin genutzt hätte, sondern im Gegenteil dadurch, daß er sie nicht nutzte! Scharping flog preisbewußt und gesetzestreu mit der Lufthansa von Frankfurt nach Berlin. Scharping war spät dran und kam nur deshalb noch mit, weil die Maschine zwanzig Minuten auf ihn wartete. Ein genervter Top-Manager stöhnte: „Wenn er wieder die Luftwaffe benutzen würde – dann würde er wenigstens niemanden aufhalten!“

*Welt am Sonntag, 5. 5. 2002*





**3.666,- €**

zzgl. MwSt.

kosten Sie unsere HI-DENT Möbelzeile, bestehend aus 5 Schränken, Waschbeckenschränke mit magnetischer Wassersteuerung, inkl. Arbeitsplatte und Abschlußleiste.

◀ Steinplatte Mehrpreis 1.000,- €



## Dental Stand Alone Steckdose genügt

- Keine Anschluß notwendig (Steckdose genügt)
- Glatte Oberflächen (Hygiene)
- Überall einsetzbar
- Kühlmedium wählbar (Wasser, Kochsalzlösung)
- Externer oder interner Spray
- Vollelektronische Ausführung
- 2 Jahre Garantie

**1.867,- €**

zzgl. MwSt.

### Starke Leistung, starker Preis

Kompressor DE 50/204

- 150 L Abgabemenge/Min.
- 50 L Tankvolumen
- 3 Jahre Garantie



**HI-DENT**



GmbH Dentalgeräte