



LANDES-  
ZAHNÄRZTEKAMMER  
T H Ü R I N G E N



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**THÜRINGER  
ZAHNÄRZTE  
BLATT 5** 6. Jahrgang  
Mai 1996



**Impressum**

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

**Herausgeber:** Landeszahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**Gesamtherstellung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon/Fax: 0 36 44/55 58 12

**Redaktion:** Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Dr. Karl-Heinz Müller (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Christiana Meinl (Redakteurin)

**Anschrift der Redaktion:** Landeszahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 74 32-0, 74 32-113

**Satz und Layout:** TYPE Desktop Publishing, Apolda

**Druck, Buchbinderei:** Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon/Fax: 0 36 44/55 58 12, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 01.01.1995

**Anzeigenleitung:** Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers statthaft. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

**Erscheinungsweise (1996):** 1 Jahrgang mit 12 Heften

**Zeitschriftenpreise (1996):** 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landeszahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Bezugshinweis:** Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

**Bankverbindung:** Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

**Urheberrecht:** Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

**Wichtiger Hinweis:** Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann keine Gewähr übernommen werden.

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Editorial</b>	
Zahnärztliches Honorar nur nach Einzelleistungvergütung!	166
<b>Laudatio</b>	
Ehrung für Herrn Dr. Jürgen Junge	168
<b>LZKTh</b>	
GOZ-Ratgeber	170
<b>LAGJTh</b>	
Strategien zur Betreuung von Kariesrisikokindern	172
<b>KZV</b>	
Erfolg der Beharrlichkeit Lichtstreif am Horizont - neue Gebührenpositionen ab 1. Juli 1996	173 174
<b>Praxis</b>	
Aufklärungspflicht keine bloße Nebenpflicht Chip-Karte für Privatpatienten Gesundheitspaß für ganz Europa soll Betreuung im Ausland sichern	176 182 184
<b>Berufspolitik</b>	
GOZ Ost muß an GOZ West angepaßt werden Eine neue Posse der PKV	184 185
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Pressereferenten üben Kommunikation Landeswelle Thüringen zur Kariesprophylaxe „Reklamationen beim Zahnarzt“	188 189 190
<b>Information</b>	
BSE-Risiko durch Medikamente?	192
<b>Messe</b>	
Renaissance des Messestandortes Leipzig	194
<b>Veranstaltungen</b>	
	196
<b>Finanzen</b>	
	197
<b>Reisenotizen</b>	
„Ärzte für die Dritte Welt“	199
<b>Praxisservice</b>	
Produktinformationen	201
<b>Vermischtes</b>	
	206

# Zahnärztliches Honorar nur nach Einzelleistungsvergütung!

Für 1995 hat die KZV Thüringen mit den meisten Krankenkassen Honorarverträge – bei der AOK durch das Schiedsamt – festgesetzt. Für 1996 dagegen noch keinen einzigen.

Früher war es üblich, daß eine KZV kurz nach Jahresbeginn ihre Verträge mit den Kassen hatte. In den letzten Jahren jedoch verzögern sich die Honorarabschlüsse immer mehr. Ganz klar steckt dahinter die Absicht der Krankenkassen, für zahnärztliche Leistungen immer weniger Geld auszugeben. Vor allem im Kostenerstattungs-bereich lassen sich damit erhebliche Beträge sparen.

Man kann die Taktik der Krankenkassen, Honorarabschlüsse hinauszuzögern, bis z. B. die Schätzung über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen vorliegt, nur als willkürliche Verhinderung von Vertragsabschlüssen werten.

Die Krankenkassen sind dabei in einer guten Position. Die angebliche schlechte Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung ist in unserer Gesellschaft ein bestimmendes Thema. Dabei sollen aber die Krankenkassen-Beiträge mit Blick auf den Wirtschaftsstandort Deutschland in der Zukunft möglichst sinken. Sparen ist für die Kassen tatsächlich angesagt.

Sparen kann man, indem man weniger kauft. Für die Krankenkassen wäre deshalb zu fragen, welche Leistungen in ihrem Katalog verzichtbar sind. Aber daran denken sie gar nicht, sondern sie wollen möglichst für weniger Geld noch mehr Leistungen von den Heilberuflern.

## Ärzte im Hamsterrad

In ihrem Bestreben, von den Heilberufen immer mehr Leistung für immer weniger Geld zu erhalten, haben die Krankenkassen ein beachtliches Arsenal an Schlechtigkeiten entwickelt. Die schon erwähnte willkürliche Verschleppung von Vertragsabschlüssen ist nur eine davon. Am weitesten geht die Leistungsabwertung bei den Ärzten. Dort entsteht der Punktwert durch die Division der vertraglich festgelegten Gesamtvergütung durch die Menge der abgerechneten Leistungen. Das führt dazu, daß die Ärzte bestrebt sind, immer mehr Leistungen abzurechnen und sich so von dem zu verteilenden Kuchen ein möglichst großes Stück zu sichern. Der Begriff „Hamsterrad“ macht die Runde. Wie weit mit dieser Methode der Punktwert für die Thüringer Ärzte in den letzten Jahren gesunken ist, ist erschreckend.

Der niedergelassene Arzt muß aus wirtschaftlicher Sicht vor allem bestrebt sein, möglichst viele Kranken-

scheine (Patienten) zu haben, auf denen er möglichst viele Leistungen verteilen kann, ohne in den einzelnen Positionen den Durchschnitt wesentlich zu überschreiten. Denn sonst schlägt die Wirtschaftlichkeitsprüfung gnadenlos zu.

So ist der Gesunde, der seinen Schein in der Praxis des Arztes abgibt, für die wirtschaftliche Situation des Arztes das Gesundeste. Dagegen ist eine zuzwendungsintensive Behandlung wirklich Kranker für den Arzt wohl eher ein Verlustgeschäft. Mit der Einführung von Fallpauschalen und Leistungskomplexen dürfte sich dieser Trend noch verschärfen.

## Einzelleistungsvergütung sichern!

Es liegt auf der Hand, daß wir Zahnärzte diesen Weg nicht gehen wollen. Für uns ist die Einzelleistungsvergütung die einzige akzeptable Vergütungsform. Das liegt auch in der Struktur unserer Leistungen begründet, die alle eine Zeit- und Materialkomponente haben. Man stelle sich nur die Füllungstherapie unter den Bedingungen vor, wie sie bei den Ärzten herrschen. Eine einflächige Füllung, die 1991 exakt DM 20,- wert war, würde jetzt vielleicht noch DM 14,- einbringen. Unmöglich!

Darum ist die Sicherung der Einzelleistungsvergütung vertragspolitische Maxime

des Vorstandes der KZV Thüringen. Trotz Auslaufen der Budgetierung wird auf diese Weise unter dem gegebenen wirtschaftlichen Umfeld ein rascher Anstieg des Honorarniveaus nicht zu erreichen sein.

Besonders die Ersatzkassen versuchen mit viel Energie, auch uns Zahnärzte in ein Vergütungssystem wie die Ärzte zu bringen. Sie bieten die Fortsetzung der bisherigen Budgetverträge an und locken mit hohen Punktwerten, um das System der Gesamtvergütungsverträge endgültig zu etablieren.

Wenn dann eines Tages feststeht, daß die Zahnärzte nur noch einen festgelegten Betrag X erhalten, braucht es nur noch einer kleinen Anstrengung der Kassen, und z.B. die Inlays oder die durch den Bewertungsausschuß weitestgehend ausgegrenzten Seitenzahnkunststofffüllungen müßten auch noch innerhalb dieses Betrages von uns geleistet werden.

Um das zu verhindern, bestehen wir auch unter Berücksichtigung der Empfehlung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf sauberen Einzelleistungsverträ-

gen mit den Krankenkassen. Dabei nehmen wir hin, daß wir in der Summe vielleicht ein paar Mark weniger von den Kassen bekommen. Aber das wäre ohnehin nur der Lohn dafür, daß wir dem Rest der angemessenen Vergütung zahnärztlicher Leistungen selbst das Grab schaufeln.

*DS P. Luthart*

## Ehrung für Herrn Dr. Jürgen Junge

Die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e. V. setzte am 22. und 23. März 1996 die früheren Reinhardtsbrunner Symposien, in diesem Jahr zum fünften Mal nach der Wende, fort. Die Veranstaltung wurde in einem Hotel in Gotha durchgeführt und war von Mitarbeitern der Universitäten gut besucht.

Stets zeichnet Dr. Jürgen Junge, Friedrichroda, für die Organisation und das Rahmenprogramm verantwortlich.



*Hans-van-Thiel-Medaille*

Der 1. Vorsitzende der DGZPW, Herr Prof. Dr. H. von Schwane-  
wede, Rostock, überreichte Herrn Dr. Jürgen Junge aus diesem Grund am 22. März 1996 die Hans-van-Thiel-Medaille, die zum dritten Mal verliehen wurde.

**Die Urkunde hat folgenden Wortlaut:**

**Dr. Jürgen Junge erhält die van-Thiel-Medaille „in Anerkennung seiner langjährigen Aktivitäten und seiner uneigennütigen Bemühungen um die Vorbereitung und Durchführung der jährlichen Symposien der DGZPW in Reinhardtsbrunn/Gotha.“**

Auch der Unterzeichnete, häufiger Teilnehmer der Symposien, ist hoch erfreut, daß die traditionellen, von der Diskussion zu aktuellen Themen der Prothetik geprägten, wissenschaftlich sehr ergiebigen Veranstaltungen ihre Fortsetzungen

und einen festen Platz im Kreise der Prothetiker fanden. Dies war nur durch persönlichen Einsatz, Ideenreichtum und Heimatkenntnis von Frau und Herrn Dr. Junge möglich.

31.3.1996

*Prof. Dr. Dr. h. c. K. Eichner*



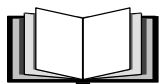
*Verleihung der van-Thiel-Medaille an Dr. J. Junge*

### Zur Information

Prof. Dr. Hans van Thiel (1897 bis 1984) war Professor für zahnärztliche Prothetik in München (1957 bis 1964), vorher in Köln (1937 bis 1954). Er wurde am 25.05.1897 in Berlin geboren, studierte in Berlin und Heidelberg. 1930 ging van Thiel nach Jena und habilitierte sich dort 1935 bei Prof. Klughardt.

Die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e. V., der van Thiel von 1960 bis 1968 als 1. Vorsitzender vorstand, wurde von ihm maßgeblich geprägt.

Sinnvolle Themenzusammenstellungen, angemessene Leitung, Diskussionsfreudigkeit und das persönliche Gespräch trugen zum harmonischen Verlauf der von van Thiel geleiteten Tagungen wesentlich bei. – So war es naheliegend, daß die nach der Wende geschaffene Medaille seinen Namen erhielt.



# GOZ-Ratgeber

## Vierte Verordnung zur Änderung der GOÄ (Fortsetzung aus Heft 4)

### 0. Strahlendiagnostik

#### Allgemeine Bestimmung

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilungen oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.  
Bei Röntgenleistungen ist nur der kleine Gebührenrahmen (1 bis 2,5facher Satz) berechenbar.

#### GOÄ 5000

Strahlendiagnostik Zähne, je Projektion 50 Pkt. = 5,70 DM (1fach)

Die Berechnung von Röntgenaufnahmen ist teilweise neu strukturiert worden. Es wird nicht mehr gestaffelt nach der Anzahl der Aufnahmen, sondern je Projektion bzw. je Aufnahme, d. h. für jede intraorale Zahnfilmaufnahme kann also diese Position berechnet werden. Eine

Begründung ist nicht erforderlich.

Muß ein Zahn sowohl orthogonal als auch exzentrisch geröntgt werden, so ist die Position 5000 zweimal in Ansatz zu bringen.

Werden 2 oder 3 Zähne auf einer Röntgenaufnahme abgebildet, so kann die Position nicht für jeden Zahn einzeln berechnet werden. Ein sogenannter Röntgenstatus kann also nicht mit 32 x GOÄ 5000 in Rechnung gestellt werden.

#### GOÄ 5002

Panoramaaufnahme eines Kiefers 250 Pkt. = 28,50 DM (1fach)

#### GOÄ 5004

Panoramaschichtaufnahme der Kiefer / OPG 400Pkt. = 45,60 DM (1fach)

#### GOÄ 5298

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)

Der Zuschlag nach GOÄ 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

Digitales Röntgen: Zu den Nrn. 5000 bis 5004 GOÄ hat der Gesetzgeber einen Zuschlag verweigert. Diese Verweigerung kann aber nicht über den Steigerungssatz für digitales Röntgen eigenständig aufgehoben werden. Es ist jedoch statthaft, hierüber mit dem Patienten eine schriftliche Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ zu treffen.

Nicht erlaubt ist es, bei Röntgenaufnahmen eine abweichende Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach § 2 Abs. 2 GOÄ zu treffen.

#### GOÄ 5095 und 5037

In Übereinstimmung mit dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) und den Landesärztekammern der Arbeitsgruppe Mitte empfiehlt die Zahnärztekammer Thüringen die folgenden Abrechnungspositionen für Strahlendiagnostik:

#### GOÄ 5095

Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil 200 Pkt. = 22,80 DM (1fach)

Zusätzlich ist die Position 602 GOZ für die Auswertung und Analyse der FRS abrechenbar. Die Position kann nur einmal für jede Aufnahme berechnet werden. Die Ansatzfähigkeit der GOÄ 5090 ist nicht gegeben.

#### GOÄ 5037

„Bestimmung des Skeletalters, ggf. einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung“ 300 Pkt. = 34,20 DM (1fach)

Im Zusammenhang mit GOÄ 5037 ist die Position GOZ 602 nicht ansatzfähig.

Bei Röntgenleistungen ist nur der kleine Gebührenrahmen (1 - 2,5 facher Satz) berechenbar.

## Strategien zur Betreuung von Kariesrisikokindern

Strategien und konkrete Tips zur Intensiv-Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko bietet die gerade erschienene Broschüre der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., DAJ.

Unter dem Titel „Intensivbetreuung von Kariesrisikokindern“ legt die DAJ damit eine handliche Arbeitshilfe zur raschen Umsetzung von Maßnahmen vor.

Die Broschüre faßt Referate einer DAJ-Fortbildungsveranstaltung und ausgewählte Arbeiten von Teilnehmerinnen und Teilnehmern des letzten Dr.-Wahl-Preises zusammen.

Im Vorwort erinnert die DAJ an den gesetzlichen Auftrag, für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezifische Programme zu entwickeln. Außerdem verweist die DAJ

auf ihre Vorarbeiten zu diesem Thema: Eine wissenschaftliche Definition der Kriterien für ein erhöhtes Kariesrisiko, eine „Empfehlung“ zur Durchführung der Intensivbetreuung bei den betroffenen Kindern, die in der Broschüre dokumentierte Fortbildungsveranstaltung und die Ausrichtung des Dr.-Wahl-Preises auf diese Fragestellung.

Die Referate zeigen Wege und Hintergründe zur gezielten Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko auf. So vermitteln die Autoren die sozialen Realitäten der bekannten Karies-Polarität, zahnmedizinische Basisfakten zur Betreuung dieser Kinder, Betreuungskonzepte von Kindern und Eltern in Gruppen, die besonderen Ernährungsrisiken der Kinder, Interventions-

möglichkeiten für Kinderärzte und Zahnärzte sowie die besonderen Zahn-Probleme bei pubertierenden Jugendlichen.

Praktisch und handfest sind die in der Broschüre vorgestellten Arbeiten des Dr.-Wahl-Preises. Die preisgekrönten Ausarbeitungen stellen verschiedene Modelle zur Intensivbetreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko vor.

Die Broschüre ist ab sofort bei der DAJ, Berliner Freiheit 26, 53111 Bonn (Tel.: 02 28 / 69 46 77, Fax: 02 28 / 69 46 79) zum Einzelpreis von DM 4,- zzgl. DM 1,- Versandkosten (bei Einzelexemplaren bitte in Briefmarken beilegen) erhältlich.

*Presseinformation der DAJ*

### **Keramik-Inlays, 1-4 fl. Empress DM 198,50**

zuzügl. Mod., MwSt., im justierb. Artikulator

**Empress-Vollkeramik-Brücken auf Anfrage**  
**Erstklass. Teleskop-Arbeiten, o. MG-Verbinder**  
**Geschiebe-Rekonstruktionen (auch kombiniert, mit Teleskopen)**  
**umfangreiche Inlay/Onlay-Restaurationen**  
**Implantate Suprakonstruktionen – alle Systeme!**

Versand mit PKW möglich!

GÖTTINGER DENTAL-LABOR  
HEIKO DOHRN GMBH  
FILIALE ERFURT

Magdeburger Allee 59 · 99086 Erfurt · Tel. Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke · Tel./Fax: (03 61) 6 42 19 96

## Erfolg der Beharrlichkeit

Niemand sollte nach dem Lesen der Überschrift seine Hoffnung auf das nun folgende zu hoch anbinden, aber ich denke, daß das Schreiben des Thüringer Landesbeauftragten für Datenschutz, Herrn Laubengeiger, an die KZV Thüringen die Erwähnung im tzb wert ist.

Jeder weiß zur genüge um die Problematik des maschinenlesbaren Datenaustausches zu Abrechnungszwecken. Ich will hier gar nicht noch einmal jede Einzelheit benennen.

Der Landesbeauftragte für Datenschutz stellt in seinem Brief fest, „daß die Angaben über die abgerechneten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen nur in dem für diese Abrechnung erforderlichen Umfang und ‚nicht versichertenbezogen‘ zu übermitteln sind. Außerdem müssen alle übermittelten personenbezogenen Daten auch zur Aufgabenerfüllung erforderlich sein.“

Genau hier wird festgestellt, daß der derzeitige Schiedsspruch zum Vertrag über den Datenaustausch diese genannten Bedingungen nicht erfüllt.

Erreicht wurde diese Einsicht sicherlich auch durch die Beharrlichkeit von zahnärztlichen Standespolitikern, die nicht müde geworden sind, die Gefahr des Gläsernen Patienten und des Gläsernen Zahnarztes zu benennen. Die Plakataktion des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Landesverband

Thüringen, mit Unterstützung der KZV und der Kammer, wurde sicher nicht von jedem Patienten bis ins Detail verstanden, die Wirkung bei Politikern und Experten (Datenschutzbeauftragte Bund und Länder) läßt sich nicht leugnen.

Der Vorstand der KZV Thüringen hatte, wie in dem Brief erwähnt, die Möglichkeit eines ausführlichen Gespräches mit Herrn Laubengeiger genutzt. Auch dies war

der Erfolg der Beharrlichkeit der Zahnärzte, daß dieses Gespräch überhaupt zustande kam.

Mit Beharrlichkeit, Glauben an die Sache und dem entsprechenden Einsatz sind doch positive Ergebnisse für die Zahnärzteschaft zu erreichen.

*Dr. K.-H. Müller*

## Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Erfurt-Stadt ab 06.06.1996 ein Vertragszahnarztsitz in

### **Erfurt**

ausgeschrieben.

*Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.*

*Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Liebknechtstraße 8, 99085 Erfurt*



## Lichtstreif am Horizont – neue Gebührenpositionen ab 1. Juli 1996

Manchmal schienen sie ja undurchdringlich – die grauen Nebel, die über der Diskussion um die Kunststofffüllung waberten.

Jeder selbsternannte „Sachverständige“ steuerte, je nach Grad der Unkenntnis, seinen Dunst ungefiltert bei. Die Krankenkassen dies, die Presse das, die Ministerialbürokratie wiederum etwas ganz anderes. Letztere mischten sich offen in den wissenschaftlichen Streit ein. Dabei war es mehr als ein Schönheitsfehler, daß sie eine Quelle zitierten, die bereits in der Amalgamdiskussion politisch motivierte Aussagen traf (BfArM), da sie dem

Bundesministerium direkt unterstellt ist. Eine andere Stelle verwahrte sich ausdrücklich gegen eine sinnentstellende Zitierung (2).

Lange noch werden die Diskussionen andauern, doch sind einige Unsicherheiten beseitigt, seitdem der Erweiterte Bewertungsausschuß für zahnärztliche Leistungen am 17.4.1996 einen weitreichenden Beschluß gefaßt und damit neue Fakten geschaffen hat. Diese neuen Fakten stärken die zahnärztlichen Positionen, denn einmal mehr steht fest:

Die Kunststofffüllung im Seitenzahngebiet ist nicht generell eine Sachleistung, son-

2

„Insbesondere müssen wir uns dagegen verwahren, daß die Seitenzahn- tauglichkeit von Degufill ultra in Ihrem Schreiben mit der ‚Versorgung mit einem zahnärztlichen Füllungswerkstoff im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung‘ in Verbindung gebracht wird.

Die Tatsache, daß nach unserer Überzeugung mit Degufill ultra Füllungen im Seitenzahngebiet gelegt werden können, darf nicht als Indiz für die Erbringbarkeit dieser Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen werden.“

Aus: Offener Brief der Firma Degussa an Rüdiger Saekel, Staatssekretär im BMG

1

### Beschluß des Erweiterten Bewertungsausschusses am 17.4.1996

Leistungsbeschreibung	Bew.-Zahl
Nr. 13 Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllungsmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
a) einflächig	20
b) zweiflächig	28
c) dreiflächig	38
d) mehr als dreiflächig oder Ecken- aufbau im Frontzahn- bereich unter Einbeziehung der Schneidekante	47
Kompositfüllungen im Seitenzahn- bereich	
Sie sind nach den Nrn. 13 e, f und g nur abrechenbar, wenn sie entsprechend der Adhäsiv- technik erbracht wurden und wenn eine Amalgamfüllung absolut kontraindiziert ist.	
e) einflächige Kompositfüllung im Seitenzahn- bereich	40
f) zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahn- bereich	54
g) dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahn- bereich	70

dern nur in streng definierten Ausnahmefällen! Die Kunststofffüllung im Seitenzahngebiet ist an besondere Verarbeitungskriterien gebunden und rechtfertigt daher eine besondere Bewertung.

Im Bewertungsausschuß hat sich damit die fundierte wissenschaftliche Argumentation der Zahnärzteseite durchgesetzt. Diese wurde durch die hinzugezogenen Sachverständigen Prof. Dr. Hans J. Staehle, Prof. Dr. Klaus Ott und PD Dr. Werner Kull-

mann weitgehend unterstützt. Jetzt haben wir Zahnärzte eine wesentliche Entscheidungs- und Argumentationshilfe für unsere tägliche Arbeit in der Praxis.

Dort wird sich wahrscheinlich herausstellen, daß erheblicher Diskussionsbedarf erhalten bleibt. Zum Beispiel über die Bedeutung der 1 % Klausel... Oder darüber, ob die Kunststofffüllung ohne Adhäsivtechnik überhaupt zeitgemäß ist. Man könnte auch behaupten, daß ein Patient nicht mit Entzug der Kompositfüllung bestraft (nicht zur Amalgamfüllung verurteilt werden) darf, dafür, daß er keine Amalgamkontraindikation vorweisen kann...

Für die Fülle dieser Fragen hat ja die Zahnärzteschaft ebenfalls eine Lösung parat. Sie drängt sich demjenigen nahezu auf, der täglich mit seinen Patienten das Für und Wider der einzelnen Füllungswerkstoffe diskutieren muß. Denn unsere Patienten empfinden diese Lösung als logisch. Den Politikern sollte sie ebenfalls zu vermitteln sein.

Die Lösung ist ebenso einfach wie auch wirkungsvoll. Sie heißt Festzuschußregelung. Dafür zu sorgen, daß eine Festzuschußregelung flächendeckend verstanden wird, sollte eine unserer nächsten Hausaufgaben sein. Dafür lohnt es, sich einzusetzen.

Konsequent.

*DS Th. Radam*

3

**Protokollnotiz zum Beschluß des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.4.1996**

1. Der Erweiterte Bewertungsausschuß für zahnärztliche Leistungen geht davon aus, daß die nach den Nrn. 13 e, f und g abrechenbaren Füllungen im Seitenzahnbereich bei 1 % der Gesamtzahl der Füllungen liegt. Der Erweiterte Bewertungsausschuß fordert die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Spitzenverbände und die Landesverbände der Krankenkassen auf, geeignete Prüfungsverfahren festzulegen, die sicherstellen, daß der angegebene Prozentsatz von 1 % eingehalten wird.
2. Wird der Prozentsatz wesentlich überschritten, werden der Bewertungsausschuß und ggf. der Erweiterte Bewertungsausschuß eine Überprüfung des bestehenden Bewertungsmaßstabes vornehmen.
3. Der Bewertungsausschuß geht davon aus, daß die durch die Nrn. 13 e, f und g bedingten, über die Nrn. 13 a, b und c hinausgehenden Mehraufwendungen nur im oben angegebenen Rahmen auf einer Leistungsausweitung im Sinne des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V beruhen.
4. Amalgamfüllungen sind absolut kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie erbracht wurde bzw. wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.
5. Der Bewertungsausschuß geht davon aus, daß für die Nrn. 13 e, f und g kein Füllungszuschlag gezahlt wird.

## *Empfehlungen zur Aufklärungspflicht*

# Aufklärungspflicht keine bloße Nebenpflicht

In der zurückliegenden Zeit hat sich in Haftpflichtprozessen immer wieder gezeigt, daß eine zahnärztliche Patientenaufklärung von besonderer Bedeutung ist.

Zum einen hat dies damit zu tun, daß die Patienten immer kritischer werden und, bedingt durch ihre Rechtsschutzversicherung, Lust am Prozessieren haben, zum anderen konzentrieren sich die Gerichte in Haftpflichtprozessen hauptsächlich auf den Aufklärungsbereich, da die Richter mangels Fachkenntnis nicht in der Lage sind, den Sachverhalt fachlich zu überprüfen.

Ein Indiz für die Wichtigkeit einer ordnungsgemäßen Patientenaufklärung ist auch darin zu sehen, daß an erster Stelle der von der Gutachterkommission der Landeszahnärztekammer zu beurteilenden Fälle die „mangelnde Patientenaufklärung“ steht.

Jeder zahnärztliche Heileingriff zum Zwecke der Diagnostik und der Therapie ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) eine rechtswidrige Körperverletzung, wenn der Eingriff nicht von der Zustimmung des betroffenen Patienten gedeckt ist. Die Aufklärungspflicht des Zahnarztes ist nicht *expressis verbis* in der Berufsordnung für Zahnärzte genannt, sie ergibt sich jedoch aus den dem Zahnarzt obliegenden Berufspflichten

nach § 1 der Berufsordnung für Zahnärzte. Nach dem BGH stellt die Aufklärungspflicht keine bloße Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag dar, sondern ist Teil der Heilbehandlung.

Die folgenden Empfehlungen zur Patientenaufklärung sollen Hinweise für die Handhabung der Verpflichtung zur Aufklärung des Patienten sein; sie beschreiben den Rechtsrahmen der Aufklärungspflicht auf dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes.

### **Selbstbestimmungsrecht des Patienten und Einwilligung**

Auch ein zahnärztlich indizierter Heileingriff in die körperliche Integrität des Patienten bedarf der Einwilligung durch ihn. Einwilligung bedeutet die entscheidungsfreie vorherige Zustimmung zu der geplanten Maßnahme. Dies folgt aus dem grundrechtlich verankerten Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht des einzelnen.

Der Zahnarzt hat dieses Selbstbestimmungsrecht zu achten. Nimmt er einen Heileingriff vor, der nicht von einer wirksamen Einwilligung gedeckt ist, so ist dieser rechtswidrig, und der Zahnarzt macht sich einer rechtswidrigen Körperverletzung strafbar.

### **Aufklärung des Patienten als Voraussetzung der Einwilligung**

Neben der Fähigkeit des Patienten zur Einwilligung ist für die Wirksamkeit der Einwilligung grundsätzlich erforderlich, daß er bezüglich dessen, worin er einwilligen soll, aufgeklärt ist. Nur wenn er genau weiß, in was er einwilligt, kann er auch wirksam zustimmen; also muß er die zahnärztlichen Maßnahmen und die gegebenenfalls damit verbundenen Gefahren (Risiken) kennen.

Die Einwilligung hat vor dem Eingriff zu erfolgen. Sie ist zu jedem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff in die körperliche Integrität gesondert notwendig, also nicht nur z. B. zu chirurgischen oder prothetischen Maßnahmen, sondern auch zu Injektionen, Vitalitätsprüfungen, Röntgenaufnahmen und zu der Einnahme von Medikamenten.

Allerdings erfordert nicht jede zahnärztliche Behandlungsmaßnahme eine ausdrückliche Aufklärung und Einwilligung. Die Einwilligung wird bei einfachen Behandlungsmaßnahmen der täglichen Praxis, zum Beispiel der Verabreichung von Medikamenten ohne gravierende Nebenwirkungen, stillschweigend erteilt, wenn der Patient erkennt, was mit ihm geschieht bzw. warum dies geschieht und er dies widerspruchslos hinnimmt.

Die Aufklärung ist nicht geboten, wenn Art und Risiken der beabsichtigten Behandlung allgemein bekannt sind oder der Patient bereits genügend aufgeklärt ist, sei es, daß er aus beruflichen Gründen über eigene Fachkunde verfügt oder von einem anderen Zahnarzt über Art und Risiken der Behandlung bereits aufgeklärt worden ist. Gleiches gilt, wenn der Patient ausdrücklich auf die Aufklärung verzichtet.

Da der aufklärungspflichtige Zahnarzt das Beweisrisiko trägt, daß der Patient durch einen vorbehandelnden Zahnarzt ausreichend aufgeklärt worden ist bzw. auf eine Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat, empfiehlt es sich, den Verzicht vom Patienten schriftlich bestätigen zu lassen.

## **Aufklärungsadressat ist der Patient selbst**

Aufklärungsadressat ist der einwilligungsfähige Patient und nicht Dritte.

Die gebotene Aufklärung eines Patienten kann nicht durch die Aufklärung der Angehörigen ersetzt werden. Angehörige oder Freunde dürfen nur mit Zustimmung des Patienten aufgeklärt werden. Es gelten die Regeln der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtregeln gelten grundsätzlich auch für die Aufklärung über zahnärztliche Prognosen oder für die therapeutische Aufklärung.

Ausländer, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind,

müssen besonders sorgfältig aufgeklärt werden, notfalls unter Hinzuziehung eines anerkannten Dolmetschers. Auch sprachkundige Angehörige kommen als Übersetzer in Betracht, allerdings muß der ausländische Patient dem zustimmen. Weigert sich der Ausländer, den Dolmetscher zu bezahlen, so wird der Zahnarzt deswegen nicht von seiner Informationspflicht frei, wenn er ihn behandelt.

Auch bei sogenannten Freundschaftsdiensten oder bei unentgeltlicher Behandlung gilt die Aufklärungspflicht unvermindert, wenn es sich nicht ohnehin um einen fachkundigen Kollegen handelt. Eine „Gratisbehandlung“ ändert nichts am Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

## **Aufklärung bei nicht-einwilligungsfähigen und minderjährigen Patienten**

Bei Patienten, die noch nicht die nötige Verstandesreife besitzen oder die wegen ihres Zustandes (Bewußtlosigkeit, Schock, Verwirrtheit, Geistesschwäche) nicht in der Lage sind, sich aufklären zu lassen und somit eine rechtswirksame Einwilligung abzugeben, tritt an ihre Stelle der gesetzliche Vertreter.

Bei Minderjährigen ist die Einwilligung im Regelfall von den Eltern oder sonstigen Sorgeberechtigten oder von deren Beauftragten einzuholen. Grundsätzlich müssen dem Eingriff beide Elternteile zustimmen.

Jeder Elternteil kann jedoch den anderen ermächtigen, für ihn mitzuhandeln.

Bei „Routinefällen“ darf sich der Zahnarzt im allgemeinen ungefragt auf die Ermächtigung des erschienenen Elternteils verlassen. Bei zahnärztlichen Eingriffen schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken hat der Zahnarzt sich über die Ermächtigung des erschienenen Elternteils zu vergewissern, darf insoweit jedoch von dessen wahrheitsgemäßer Auskunft ausgehen.

Bei schwierigen und weiterreichenden Entscheidungen mit erheblichen Risiken muß sich der Zahnarzt die Gewißheit verschaffen, daß der nicht erschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung einverstanden ist.

Jugendliche unter 18 Jahren haben ausnahmsweise die Befugnis zur Einwilligung, wenn sie hinreichend reif sind, die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seine Gestaltung zu ermes-sen. In jedem Fall sind aber auch Kinder und Jugendliche in groben Zügen über den vorgesehenen Eingriff und dessen Verlauf zu informieren. Entsprechendes gilt bei der Aufklärung geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger volljähriger Patienten.

Bei bewußtlosen Patienten hat der Zahnarzt diejenigen Maßnahmen durchzuführen, die im mutmaßlichen Interesse des Patienten zur Herstellung seiner oralen Gesundheit erforderlich sind. Zur Erforschung des mut-

maßlichen oder wirklichen Willens des Patienten kann sich ein Gespräch mit den ihm besonders nahe stehenden Personen empfehlen. Liegen keine gegenteiligen Anhaltspunkte vor, kann der Zahnarzt davon ausgehen, daß der mutmaßliche Wille des Patienten dem entspricht, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen werden kann. Sobald die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten wieder vorliegt, ist diese zur Fortsetzung der Behandlung einzuholen.

## **Abgrenzung zu weiteren Aufklärungspflichten**

Von dieser Eingriffsaufklärung rechtlich zu unterscheiden ist das Recht des Patienten, über Befunde und Prognosen aufgeklärt zu werden. Die entsprechende Pflicht des Zahnarztes ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag.

Ebenfalls von der Eingriffsaufklärung zu unterscheiden ist die sogenannte „Sicherungsaufklärung“, das heißt: die therapeutisch gebotene Aufklärung zur Gefahrenabwehr für den Gesundheitszustand des Patienten. Das Versäumnis der Gefahrenabwehr ist ein Behandlungsfehler. Die therapeutische Aufklärung ist eine Verhaltensinstruktion, um den Patienten zu einer seinem Gesundheitszustand angepaßten Lebensweise zu veranlassen, für die richtige Einnahme verordneter Medi-

kamente zu sorgen, den Patienten über Folgen und Nebenwirkungen einer Behandlung zu unterrichten und ihn zu deren rechtzeitigen Mitteilung aufzufordern oder ihm durch entsprechende Information die Dringlichkeit einer gebotenen Behandlung klarzumachen.

## **Ziel der Aufklärung**

Die Aufklärung soll den Patienten in die Lage versetzen, in Kenntnis der Notwendigkeit, des Grades der Dringlichkeit sowie der Tragweite der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme eine auch aus zahnärztlicher Sicht vernünftige Entscheidung zu treffen. Ihm soll ermöglicht werden, den Nutzen und die Risiken einer Behandlung gegeneinander abwägen zu können.

Die Entscheidung wird in der Regel in der Einwilligung in den zahnärztlichen Heileingriff liegen, sie kann aber auch in der Ablehnung der Behandlung stehen. Auch wenn dies aus zahnärztlicher Sicht unvernünftig oder unververtretbar erscheint, ist der Zahnarzt an diese Entscheidung des Patienten gebunden.

## **Inhalt der Eingriffsaufklärung**

Aufzuklären ist über

- Anlaß,
- Dringlichkeit,
- Umfang,
- Schwere typischer Risiken,
- Art,
- Folgen und

- mögliche Nebenwirkungen des geplanten Eingriffs,
- seine Heilungs- und Besserungschancen,
- Folgen einer Nichtbehandlung und über
- Behandlungsalternativen.

Insoweit kommen eine Diagnoseaufklärung, eine Verlaufsaufklärung und eine Risikoaufklärung in Betracht.

## **Inhalt und Umfang der Aufklärung im einzelnen**

### **„Diagnoseaufklärung“**

Die Aufklärung über die Diagnose hat insoweit zu erfolgen, als sie die Aufklärung der Behandlung vorbereitet. Es genügt die Information des Patienten über den zahnärztlichen Befund im Groben.

Zur Diagnoseaufklärung gehört beispielsweise, daß der Patient, der den Zahnarzt wegen eines schmerzenden Zahnes aufsucht, von diesem auf die mögliche Behandlungsbedürftigkeit weiterer Zähne hingewiesen wird.

Aus therapeutischen Gründen kann die Aufklärung über die Diagnose eingeschränkt oder sogar kontraindiziert sein. Wenn die Einwilligung eines Patienten in eine mit Gefahren verbundene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahme nur dadurch zu erreichen ist, daß ihn der Zahnarzt auf die Art und Bedeutung der Krankheit hinweist, so darf der Zahnarzt auch bei schweren Erkrankungen (z. B.

Mundhöhlen-Carzinom) davon grundsätzlich nicht zurückschrecken. Im übrigen ist er jedoch nicht zu einer rastlosen und schonungslosen Aufklärung über alle möglichen Krankheitssymptome verpflichtet, sondern muß das Gebot der Menschlichkeit beachten und das körperliche und seelische Befinden des Patienten berücksichtigen.

## „Verlaufsaufklärung“

Eine „Verlaufsaufklärung“ soll den Patienten in groben Zügen über die Entwicklung seines Zustandes sowohl bei Ausbleiben der Behandlung als auch hinsichtlich der Aussicht, wie sich die Folgen und Erfolgchancen der Therapie entwickeln, sowie über Art, Umfang, Risiken und Schmerzen der Therapie informieren. Hierher gehört auch die Information über alternative Behandlungsmethoden.

Der unterlassene Hinweis auf eine kostengünstigere, genauso erfolgversprechende Heilmaßnahme kann gegenüber dem Behandler zum berechtigten Anspruch führen, die Kostendifferenz auszugleichen.

Bei einer Extraktion im Frontzahnbereich ist in geeigneten Fällen auf die alternative Wurzelspitzenresektion oder gar auf die Implantationsmöglichkeit bei gegebener Indikation zu verweisen.

Die Wahl der Behandlungsmethode ist jedoch primär Sache des Zahnarztes. Bestehen jedoch mehrere gleichwertige Behandlungsmetho-

den, die unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen haben, so muß dem Patienten durch entsprechende vollständige zahnärztliche Aufklärung die Wahlmöglichkeit belassen bleiben, welche Behandlungsmethode angewandt werden soll.

## „Risikoaufklärung“

Im Vordergrund der Aufklärungspflicht steht die sogenannte „Risikoaufklärung“, das heißt: Aufklärung über die sicheren oder möglichen Folgen der geplanten Behandlung. Der Patient muß über Risiken aufgeklärt werden, die normalerweise einem Patienten wesentlich erscheinen oder die diesem besonderen Patienten offenbar erheblich sind – patientenbezogene Aufklärung.

Der Grad der Häufigkeit bzw. Seltenheit eines mit der Therapie verbundenen typischen Risikos entscheidet nicht über die Aufklärungsbedürftigkeit. Maßgeblich ist vielmehr die Bedeutung, die das Risiko für die Entscheidung des Patienten haben kann. Dazu muß der Patient jedoch in die Lage versetzt werden, dieses Risiko zutreffend einzuschätzen. Dem Patienten muß eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt werden.

Über derartige spezifische und typische Risiken ist der Patient immer zu informieren, auch dann, wenn diese besonders selten sind. Je nachteiliger und dauerhafter sich ein Mißerfolg oder eine

unerwünschte Nebenfolge auswirken kann, um so notwendiger ist eine umfassende Information auch über entfernt liegende Risiken.

Neben den spezifischen und typischen Risiken bestimmt die sachliche und zeitliche Notwendigkeit des Eingriffs den Umfang der Aufklärung. In Fällen, in denen der Eingriff nicht zur Abwendung einer akuten zahnmedizinischen Gefahr erforderlich ist, sind besonders strenge Anforderungen an die Aufklärungspflicht des Zahnarztes zu stellen. In diesen Fällen kann es auch geboten sein, über Risiken aufzuklären, die nicht nur eingriffsspezifisch sind, sondern generell mit dem Eingriff verbunden sein können, z. B. Extraktion statt Zahnerhaltung.

## Zeitpunkt der Aufklärung

Die Aufklärung als Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung muß zu einem Zeitpunkt erfolgen, in dem der Patient noch im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit ist. Die Aufklärung hat vor der eigentlichen Behandlung zu erfolgen, und dem Patienten muß eine Überlegungsfrist verbleiben, sofern die Dringlichkeit der Maßnahmen dies zuläßt. Der Patient sollte noch nicht auf den Eingriff medikamentös vorbereitet sein.

## Aufklärungspflicht

Die Aufklärung muß individuell in einem Gespräch mit dem Patienten erfolgen.

Dieses persönliche Gespräch darf nicht durch Formulare ersetzt werden; Formulare können das Aufklärungsgespräch lediglich vorbereiten, den Patienten in die Lage versetzen, Fragen zur Behandlung zu stellen, bzw. als Dokumentation des Aufklärungsgesprächs dienen.

Das Gespräch muß durch einen Zahnarzt erfolgen. Eine Delegation an nichtzahnärztliches Personal wie Zahnarztshelferinnen oder Angehörige ist nicht zulässig.

Die Aufklärung muß in einer für den Patienten behutsamen und verständlichen Weise erfolgen, das heißt: der Zahnarzt hat die Aufklärung dem Wissensstand des Patienten anzupassen und sich davon zu überzeugen, daß die Information verstanden worden ist.

### **Reichweite der Aufklärung**

Die infolge einer Aufklärung vom Patienten erteilte Einwilligung umfaßt nur solche Eingriffe, die Gegenstand des Aufklärungsgesprächs waren. Ist für einen Behandler unvorhersehbar, ob möglicherweise ein operativer Eingriff auf weitere Bereiche ausgedehnt werden muß, so ist der Patient hierüber vor dem Eingriff zu belehren.

Stellt sich z. B. erst während der Operation heraus, daß ein weitergehender Eingriff erforderlich ist, muß der Zahnarzt die Risiken einer Unterbrechung der Operation gegenüber den Risiken der weiteren Durchführung gegeneinander abwägen – beispielsweise Störung der

Geschmacksempfindlichkeit bei Entfernung eines Weisheitszahnes. Hierbei ist der mutmaßliche Wille des betroffenen Patienten zu berücksichtigen.

Eine mutmaßliche Einwilligung liegt vor, wenn der Eingriff im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegt und dieser einwilligen würde, wenn er es könnte.

### **Dokumentation der Aufklärung**

Bei sämtlichen Eingriffen sollten der wesentliche Inhalt, der Zeitpunkt und der Grund für die Aufklärung bzw. die besonderen Gründe, aus denen von einer bestimmten Aufklärung abgesehen wurde, schriftlich in der Patientenkartei oder den Krankenpapieren dokumentiert werden. Zwingend notwendig ist dies nicht, aber es empfiehlt sich aufgrund der Beweislast des Behandlers für die erfolgte Aufklärung; dies gilt auch, wenn der Patient ausdrücklich auf eine an sich erforderliche Aufklärung verzichtet.

Auch wenn ein Patient eine risikobehaftete Leistung verlangt, empfiehlt es sich, dies zu dokumentieren; denn im nachhinein können hier bei fehlender Dokumentation im Rahmen einer möglichen gerichtlichen Auseinandersetzung Probleme auftreten.

### **Schlußbemerkung**

Erfahrungsgemäß ist es für den Patienten nicht immer leicht, seinem Zahnarzt einen sogenannten Kunstfehler, also einen schuldhaften

Behandlungsfehler, nachzuweisen. Viel einfacher und erfolgsversprechender ist es, gegen den Zahnarzt den Vorwurf zu erheben, nicht ausreichend über die Folgen und Risiken einer bestimmten Behandlungsmaßnahme aufgeklärt worden zu sein. Der Zahnarzt muß dann nämlich beweisen, daß er seinen Patienten hinreichend aufgeklärt hat. Auf diese Weise läßt sich die – oft prozeßentscheidende – Beweislast vom Patienten auf den Zahnarzt verlagern.

Denn bei Gericht bekommt nicht immer derjenige Recht, der im Recht ist, sondern meist nur derjenige, der sein Recht auch beweisen kann. Dabei spielt die Beweislast eine tragende Rolle.

Das weithin verbreitete Unbehagen, der Patient stehe im Behandlungsfehlerprozeß auf verlorenem Posten, hat den Vorwurf der Verletzung der Aufklärungspflicht als neuen Auffangtatbestand favorisiert. Die Verletzung der Aufklärungspflicht bzw. die mangelnde Aufklärungspflicht ist das Prozeßrisiko Nr. 1 für den Zahnarzt geworden.

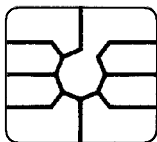
*aus: ZBW*

## Chip-Karte für Privatpatienten

Mit dem neuen Quartalsbeginn sollte die Chip-Karte für Privat-Versicherte wirksam werden. Die ZVG ZahnarztRechner GmbH sowie wahrscheinlich weitere Softwarehersteller hatten zumindest eine Quartalswartung an ihre Kunden verschickt. Weiterhin hieß es, daß Überweisungen und Privatrezepte nur mit dieser Card ausgedruckt werden könnten.

Mit diesen Hinweisen wurden die Zahnärzte irritiert. Es mußte angenommen werden, daß alle Privat-Versicherten ab 1.4. diese Card verwenden. Inzwischen hat die Firma ZVG Zahnarzt-Rechner GmbH auf ein diesbezügliches Anschreiben des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer reagiert und bezeichnet die „Card für Privatversicherte“ als Option und nicht als Pflicht.

Allerdings mindert diese Klärung eines zwiespältigen Sachverhaltes nicht die Problematik der Chip-Card der privaten Krankenversicherungen, die Kollege Dr. Janusz Rat (Pressereferent) der Bayerischen Landes Zahnärztekammer als „Trojanisches Pferd“ bezeichnet. Mit freundlicher Genehmigung der BLZK übernehmen wir die nachfolgende Presseinformation.



### **Trojanisches Pferd: die Chip-Card der privaten Krankenversicherungen**

Zahlreiche private Krankenversicherungsunternehmen (PKVen) sind derzeit dabei, eine computerlesbare Krankenversicherungskarte für Privatpatienten herauszugeben. Im Mai soll der Versand beginnen.

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) lehnt diesen Schritt, der eine Annäherung an die Entwicklung bei den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) darstellt, entschieden ab. Sie hat alle bayerischen Zahnärzte aufgefordert, diesbezügliche Computerprogramme, die das Einlesen der PKV-Chipkarte in den Zahnarztpraxen ermöglichen sollen, nicht zu installieren und keinesfalls die Chipkarte anzunehmen.

Bereits am 17.1.1996 hatte der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Privatpatienten verurteilt und sie aus datenschutzrechtlichen Erwägungen abgelehnt. Es besteht weder eine gesetzliche Grundlage für die Einführung einer solchen Karte, noch bringt sie irgendwelche Vorteile für den Patienten. Vielmehr besteht die Gefahr, daß mit der PKV-Chipkarte die Grundlage für eine medizinische Datensammlung bei den privaten Krankenversicherungen geschaffen wird.

Die Zahnärzteschaft hatte bereits bei der Einführung der Krankenversicherungskarte für gesetzlich versicherte Patienten auf die drohende Gefahr des medizinischen Datenflusses an die gesetzlichen Krankenkassen und des ICD-10-Schlüssels hingewiesen.

### **Angriff auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht**

„Ein solcher Angriff auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Privatpatienten wird von uns nicht geduldet“, sagt Dr. Wolfgang Heubisch, Vizepräsident der BLZK, in Anbetracht der vorgesehenen PKV-Chipkarte. „Zwar enthält die PKV-Chipkarte vorerst nur den Namen und die Adresse des Privatversicherten, seine ‚Personennummer‘, und die ‚Katasternummer‘ der Versicherungsgesellschaft sowie das Gültigkeitsdatum.

Diese Karte ist jedoch ein Trojanisches Pferd, um das Arztgeheimnis weiter auszuhebeln.“

### **Widerspruchsrecht in Anspruch nehmen**

Jeder Privatversicherte kann verhindern, daß eine Chipkarte für ihn produziert wird, also Daten über ihn an das kartenherstellende Unternehmen übergeben werden.

Eine einfache Mitteilung an die Versicherung genügt.



### Gesundheitspaß für ganz Europa soll Betreuung im Ausland sichern

Noch vor der Jahrtausendwende soll ein in sämtlichen EU-Mitgliedstaaten gültiger „Gesundheitsausweis“ zum Schlüssel für unbürokratische und sichere medizinische Versorgung werden. Eine entsprechende Kampagne startete vor wenigen Wochen das EU-Parlament in Straßbourg.

Problematisch sind die Vertraulichkeit der medizinischen Daten eines solchen Gesundheitspasses sowie die fragliche Akzeptanz durch die verschiedenen Sozialversicherungsträger.

Wesentliche Gesundheitsdaten sollen sein: Versicherungsnummer, Blutgruppe, Allergien, Impfungen, chronische Erkrankungen etc.

Aus:

Die Presse, Wien 18.4.1996

### Bundeszahnärztekammer mahnt an:

## GOZ Ost muß an GOZ West angepaßt werden

Eine sofortige Anpassung der Vergütung für privatärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern fordert die Bundeszahnärztekammer von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer.

In einem Schreiben an den Minister weist die Bundeszahnärztekammer darauf hin, daß die Absetzung der zum 1. März vorgesehenen Anpassung nicht im Einklang mit den Vereinbarungen im Einigungsvertrag bestehe.

Dieser sehe vor, daß die Höhe der Vergütungen im Osten nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte regelmäßig unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung an die Vergütungen im Westen anzupassen seien.

Demgegenüber habe die private Krankenversicherung längst die Einheit „vollzogen“. Sie berechne ihren Versicherten im Osten die gleich hohen Beiträge wie im Westen. Nach Ansicht der Bundeszahnärztekammer gehe

es nicht an, daß sich die private Krankenversicherung auf Kosten der geringen Privathonorare der Ärzte und Zahnärzte bereichere.

In dem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Seehofer betonen der Präsident der BZÄK, Dr. Fritz-Josef Willmes und der Präsident der LZK Sachsen, Dr. Joachim Lüddecke, daß die laufenden Praxiskosten schon längst das Westniveau erreicht hätten. Schon allein aus diesem Grund sei die Anpassung der privatärztlichen Gebühren unerlässlich.

Die Bundeszahnärztekammer fordert Bundesgesundheitsminister Seehofer mit Nachdruck auf, sich für eine rasche vollständige Anpassung der Vergütungshöhe auf Westniveau einzusetzen, zumindest dürfe die zugesagte Anpassung auf 85 Prozent des Westniveaus nicht länger hinausgezögert werden.

Info-Stelle

### Werbung in Vorbereitung des „3. Thüringer Zahnärztetages“

Ihre Anzeigen- und Beilagenwünsche für das „tzb“ und für das offizielle Programmheft zum „3. Thüringer Zahnärztetag“ richten Sie bitte an:

TYPE-DTP, Ronald Scholz, Müllerstraße 9, 99510 Apolda  
Telefon/Fax 036 44 / 55 58 12

## Eine neue Posse der PKV

Mit einem neuen Rundschreiben - PKV-Standardtarif für ältere Versicherte - wendet sich der Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. an die niedergelassenen Ärzte in Thüringen, das wir nachfolgend veröffentlichen:

### *Sehr geehrte...*

dieser Brief betrifft Ihre Privatpraxis. Deren Sicherung und Kräftigung ist ein Gemeinschafts Anliegen von Ärzten und privater Krankenversicherung (PKV). Da es zwischen der Ärzteschaft und der PKV keine vertraglichen Beziehungen gibt, wenden wir uns direkt an Sie.

Es geht um den Standardtarif (Anlage 1). Er soll vor allem sozial schwächeren älteren Versicherten eine preisgünstige Alternative zum üblichen Privatschutz bieten. Der Bemessungssatz ist im Standardtarif prinzipiell auf das 1,7fache begrenzt. Ohne die freie Arztwahl einschränken zu wollen, möchten wir die Standardtarif-Versicherten über jene Ärzte informieren, die sich zur Einhaltung dieses Satzes (der immer noch mehr als 50 Prozent über den Kassenleistungen liegt) bereit erklärt haben.

Wir bitten Sie deshalb, uns auf der beigefügten Antwortkarte mitzuteilen, ob wir Sie in die Liste dieser Ärzte aufnehmen können.

Wir danken für Ihr Verständnis im Interesse der gemeinsamen Sache. Mit freundlichen Grüßen

*Greisler*  
Verbandsvorsitzender

*Dr. Uleer*  
Verbandsdirektor

### **Anlage 1**

#### **Betr.: Beitragsgünstiger Grundschutz der PKV (Standardtarif)**

Die Behandlung von Privatpatienten ist angesichts der Entwicklung im Kassenbereich eine immer wichtigere Säule der Arztpraxis geworden. Unverkennbar ist aber, daß es bislang nicht gelungen ist, einen größeren Teil der rd. 10 Millionen freiwillig Versicherten der Kassen für die Eigenvorsorge zu gewinnen.

Dazu haben sicher auch Negativberichte der Medien über die Höhe einzelner PKV-Beiträge - vor allem bei älteren Versicherten - beigetragen. Die PKV hat deshalb neben den üblichen Spitzenschutz den beitragsgünstigeren Grundschutz gestellt, nämlich den Standardtarif für ältere Versicherte. (Seine Vorläufer sind der Studententarif PSKV und der Basis-Tarif für Geringverdiener. Beide Tarife haben prinzipiell die gleichen Erstattungssätze wie der Standard-Tarif.)

Der brancheneinheitliche Standard-Tarif gilt nach § 257 Abs. 2a SGB V für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Er wurde zum 1.7.1994 eingeführt. Bisher haben den Tarif erst rd. 1.000 Versicherte gewählt. Dies spricht dafür, daß sich auch das traditionelle Tarif-Angebot für die Älteren sehen lassen kann, und daß auf dessen Leistungsrahmen nach wie vor großer Wert gelegt wird.

Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Damit die Unternehmen der PKV auf Dauer imstande sind, diese Beitragsgarantie zu gewährleisten, sind sie für den überschießenden Beitragsbedarf zu einem finanziellen Ausgleich verpflichtet worden.

Die Leistungen des Tarifs sollen denen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sein. Dies wurde u. a. dadurch umgesetzt, daß bei stationärer Behandlung nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet werden. Für die ambulante Behandlung wurde der 1,7fache Satz der GOÄ zugrunde gelegt.

Wichtig ist, daß sich die Versicherten auf die Einhaltung des 1,7fachen verlassen können. Sollte diese Erstattungsobergrenze trotz der entsprechenden Empfehlung der Bundesärztekammer (vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 29.8.1994) nicht beach-

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft, Versicherte des brancheneinheitlichen Standardtarifs der PKV nach den tariflichen Vergütungssätzen (also dem 1,7fachen bzw. dem 1,3fachen für Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O bzw. dem 1,1fachen für Laborleistungen) zu behandeln, sowie mein Einverständnis mit der Weitergabe meiner Praxisadresse an die Versicherten.

Ich bin außerdem an einer detaillierten Information über den Standardtarif interessiert:

Ja  Nein

Datum  Unterschrift  Stempel

Antwortkarte:



Antwort

**Verband  
der Privaten  
Krankenversicherung e. V.**

**Postfach 511040**

**50946 Köln**

**MUSTER**

## Persönliche Randbemerkung (Dr. Burzlauff) zur „Rechenkunst der Privaten Krankenversicherung“

- Im Anschreiben zu dem Rundschreiben wird von der PKV behauptet, daß ein 1,7facher Steigerungsfaktor noch mehr als 50 % der Kassenleistungen bedeuten würde;
- Im abgelichteten Ausweis für Standardtarife (Anlage 1) wird im Bereich Zahnersatz eine Erstattung von 80 % bei einem Steigerungsfaktor von 1,7 und 60 % bei einem Steigerungsfaktor von 2,3 angegeben.
- Damit führen die PKV ihre oben gemachte Behauptung selbst ad absurdum! Im Gegenteil, sie beweisen, daß der 2,3fache Steigerungsfaktor dem Kassenanteil von 60 % entspricht und damit annähernd im Kostenbereich des BEMA

tet werden, dann würde der ganze Standardtarif rasch ins Gerede kommen und seine Wirkung verpuffen. Denn bei Überschreitung des 1,7fachen wird die Rechnung zwar bis höchstens zum 2,3fachen erstattet, allerdings unter Inkaufnahme einer spürbaren Selbstbeteiligung des Versicherten.

Deshalb möchten wir Sie bitten, uns auf der beiliegenden Antwortkarte mitzuteilen, ob Sie zu einer Beschränkung der Liquidation auf das 1,7fache (bzw. das 1,3fache für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O bzw. dem 1,1fachen für Laborleistungen) der GOÄ bei der Behandlung von Standardtarif-Patienten bereit sind.

Die Zusage können Sie jederzeit mit Wirkung zum Jahresende widerrufen. Die PKV beabsichtigt, ihren Standardtarif-Versicherten einen

Überblick zu geben, bei welchen Ärzten sie sich auf die Einhaltung der genannten Liquidationsobergrenzen verlassen können.

Die Standardtarif-Versicherten weisen sich als solche bei Ihnen aus. Das Muster des Ausweises sieht so aus:

**MUSTER**

### Standardtarif für ältere Versicherte

gem. § 257 Abs. 2a SGB V  
(zur Vorlage beim Arzt vor der Behandlung)

Der Inhaber dieser Karte ist nach dem Standard-Tarif für ältere Versicherte versichert und hat für die Dauer des Versicherungsschutzes insbesondere Anspruch auf Kostenersatz für:

- Ambulante ärztliche, belegärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung (mit Ausnahme der unten genannten Leistungen)	bis zum 1,7/1,3/1,1fachen zu 100 % bis zum 2,3/1,8/1,5fachen zu 80 % jedoch mindestens 100 % des 1,7/1,3/1,1fachen
- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen), Einlagefüllungen, funktionsanalytische/ funktionstherapeutische und implantologische Leistungen im tariflichen Rahmen	bis zum 1,7/1,3/1,1fachen zu 80 % bis zum 2,3/1,8/1,5fachen zu 60 % jedoch mindestens 80 % des 1,7/1,3/1,1fachen
- Krankenhausbehandlung	Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen abzüglich von 12 DM täglich während der ersten zwei Wochen
- Zahntechnik und Heilmittel	Es gelten die Leistungsverzeichnisse des Tarifs.

bzw. auch EBM liegt (was ja heute auch schon nicht mehr stimmt - Inflationsrate fehlt!).

Somit liegt ein Steigerungsfaktor von 1,7 weit unter dem Kostenniveau der gesetzlichen Krankenkassen und soll für die Versicherten noch durch einen höheren Zuschuß belohnt werden!

**- Vorsicht vor solcher Degradierung unserer Leistungen!!!**

mit dem Berufsrecht vermeiden wollen, beantworten Sie die Anfrage der PKV besser nicht. Auch wenn sich andere Kammern öffentlich noch nicht so dezidiert geäußert haben, dürften ihre Rechtsabteilungen aktiv werden, sobald entsprechende Fälle bekannt (gemacht) werden.

Und das sind die Argumente: Die Verpflichtung, immer mit dem 1,7fachen Satz zu liquidieren, kommt einer Pau-

schalierung des Honorars gleich, die laut GOÄ und nach § 18 Absatz 1 Musterberufsordnung (Umstände des Einzelfalles sind zu berücksichtigen) verboten ist.

Der Eintrag verstößt gegen das Werbeverbot (§ 33 Absatz 4 Musterberufsordnung), weil die Liste an die Versicherten verschickt werden soll.

*Dr. W. Burzlaff, Ilmenau*

*DS G. Wolf, Suhl*

## **Zu diesem Thema noch ein Artikel aus „WirtschaftsTip der Ärzte Zeitung“ vom 15. April 1996:**

Der Eintrag in die PKV-Liste kann Ihnen Ärger mit der Kammer bringen.

Die Warnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist eindeutig: Wenn Sie sich in die Ärzteliste der privaten Krankenversicherer zum 1,7fachen GOÄ-Satz bei Standardtarif-Patienten eintragen lassen, verstoßen Sie gegen die Berufsordnung.

Dr. Lothar Wittek, Chef der KV Bayerns und Mitglied des KBV-Vorstandes, sieht die Sache genauso.

Mögliche berufsrechtliche Konsequenzen hätten aber in jedem Fall die Ärzte zu tragen. Daher der Rat der Kammer: Wenn Sie den Konflikt

## Pressereferenten übten Kommunikation

Das Frühjahrstreffen der Referenten für Öffentlichkeitsarbeit von Kammern und KZVen fand Anfang März statt. Kammer und KZV Sachsen hatten nach Meißen eingeladen.

Noch vor dem offiziellen Beginn der Veranstaltung fanden sich die Öffentlichkeitsreferenten der Kammern der neuen Bundesländer zusammen, um endgültig über die gemeinsame Patientenzeitung „ZahnRat“ zu diskutieren. Inzwischen sind die Verträge unterschrieben, und die Thüringer Zahnärzte haben die ersten Exemplare er-

halten. (Anmerkung: Nachbestellungen in geringem Umfang können bei der Kammer in Erfurt vorgenommen werden.). So wird es ab 1997, wenn auch Mecklenburg-Vorpommern integriert ist, in den neuen Bundesländern eine einheitliche Patientenzeitung geben.

Die „Große Runde“ wurde von Dr. Jobst-Wilken Carl und Dieter Krenkel in ihrer Eigenschaft als Pressereferent von Bundeszahnärztekammer bzw. Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung eröffnet.

Dr. Carl gab einen Überblick über die aktuellen politischen Strategien der BZÄK. Wichtige Eckpunkte waren das Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen, die Intensivierung von Prophylaxemaßnahmen, und hier besonders das Konzept der BZÄK „Prophylaxe ein Leben lang“.

Dieter Krenkel ging auf die Ziele der PR-Arbeit der beiden Körperschaften ein. Sie soll künftig mehr als „Dienstleister“ für die regionalen Kammern und KZVen fungieren. Weiterhin erläuterte er die verlorene Klage gegen den Spruch des Bundeschiedsammtes zum Datenträgeraustausch. Ein Revisionsverfahren gelte es abzuwarten. Im diesbezüglichen Streit mit den Kassen sei die Meinung der Datenschützer überhaupt nicht gewürdigt worden. Die zahnärztlichen Landesvertretungen seien jedoch auf dem besten Wege, so Krenkel, die Datenschutzbeauftragten als moralische Institution für sich zu gewinnen.

Den ersten Arbeitstag beschloß ein Rhetorikseminar, für dessen Leitung Thomas Safarik, Dozent der Akademie für Publizistik in Hamburg, gewonnen werden konnte. Er gab eine theoretische Einführung in die Rhetorik und zeigte einige Grundlagen auf, wie z. B. die Fähigkeit entwickelt werden kann, Gespräche ganz gezielt in eine gewünschte Richtung zu lenken. In kleinen Gruppen wurde daran anschlie-



ßend die Theorie gleich in die Praxis umgesetzt.

Für den zweiten Tag waren zwei Themenkomplexe eingeplant. Unter dem Motto „Wie praktizieren andere Öffentlichkeitsarbeit“ stellte Folkert Mindermann, Presseschef der Citibank, deren Konzept im Vergleich zu anderen Geschäftsbanken vor. Er ging besonders auf den Zusammenhang zwischen neuen Produktideen und Marketingstrategien und den daraus abzuleitenden Aufgabenstellungen an die PR-Arbeit ein.

Zweiter Tagesordnungspunkt war „PR-Erfolgskontrolle/Medienresonanzanalyse“. Dr. Rainer Mathes, Geschäftsführer der Gesellschaft für Zeitungsmarketing stellte einen Katalog dessen vor, was Medienresonanzanalyse bedeuten kann und leitete davon die speziellen Belange der zahnärztlichen Öffentlichkeitsarbeit und die tatsächlich umsetzbaren Möglichkeiten in zahnärztlichen Pressestellen ab.

Was der einzelne Pressereferent aus den offiziellen Themenkomplexen für sich und seine persönliche Arbeit als Gewinn sieht, bleibt wohl jedem selbst überlassen. Von großem Gewinn allerdings sind bei jedem Treffen die „am Rande“ stattfindenden Kontakte untereinander, der kollegiale Meinungs- und Erfahrungsaustausch, der auch diesmal nicht zu kurz kam.

Ch. Meinel

## Landeswelle Thüringen zur Kariesprophylaxe

Am 11. April 1996 fand im Funkhaus der Landeswelle Thüringen in Erfurt eine Sendung zum Thema Kariesprophylaxe statt. Als Gesprächspartner war Dr. Karl-Heinz Müller, Öffentlichkeitsreferent der KZV Thüringen, eingeladen worden.

Im ersten Teil der Sendung versuchte Dr. Müller darzustellen, was Prophylaxe überhaupt ist, welchen Stellenwert sie hat, ab welchem Zeitpunkt sie beginnen sollte. Er wies darauf hin, daß die niedergelassenen Zahnärzte der Prophylaxe einen hohen Stellenwert beimessen. Unter dem Motto des Instituts der Deutschen Zahnärzte „Prophylaxe ein Leben lang“ legte Dr. Müller die verschiedenen Etappen der Prophylaxestrategie der Zahnärzte dar.

Im zweiten Teil der Sendung wurden dann Zuhörerfragen beantwortet. Eine Frage bezog sich auf das leidige, durch entsprechende Fernsehsendungen (Monitor) provozierte Thema „Fluor - wie gefährlich ist dessen Gabe, welche Nebenwirkungen gibt es?“

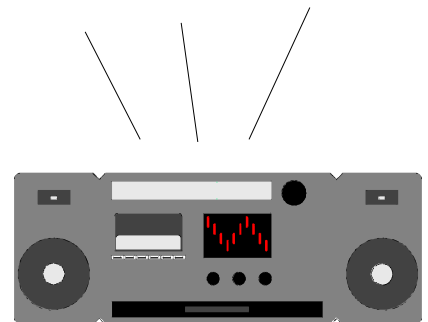
Von großem Interesse waren Fragen zur Gruppenprophylaxe und zur Fissurenversiegelung allgemein und bei Erwachsenen. Dazu stellte Dr. Müller fest, daß die Gruppenprophylaxe in den Kindergärten durch niedergelassene Zahnärzte, die eine Patenschaft über eine Kinder-

einrichtung übernommen haben, durchgeführt wird. Er betonte aber, daß die Individualprophylaxe in der Praxis auf dem Behandlungsstuhl immens wichtig sei.

Zum Thema Fissurenversiegelung sagte er, daß die Versiegelung als gesetzliche Krankenkassenleistung nur bei Kindern zwischen dem 6. und 19. Lebensjahr und am ersten und zweiten Molaren möglich ist. Die Versiegelung der Prämolaren und die Fissurenversiegelung bei Erwachsenen sei eine private Versorgung, die durch den Patienten auch per Privatrechnung zu bezahlen sei.

Daß die Kariesprophylaxe eine noch größere Beachtung benötige, war ein Resümee der Sendung.

Dr. K.-H. Müller



## „Reklamationen beim Zahnarzt“

*Sendung des MDR 1 Radio Thüringen mit Dr. Lothar Bergholz von der Patientenberatungsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen am 9. April 1996*

**Reklamationen beim Zahnarzt. Unser Thema am heutigen Vormittag. Kann ich denn überhaupt reklamieren? Wenn ich zu meinem Autohändler gehe, um den Wagen reparieren zu lassen, und es stimmt dann trotzdem etwas nicht, kann ich anschließend bei ihm reklamieren. Kann ich bei Ihnen auch reklamieren?**

Zunächst ist es richtig, daß nicht jeder Mißerfolg einer Behandlung als Behandlungsfehler anzusehen ist. Zu den vertraglichen Beziehungen wäre zu bemerken, daß sich hier zwei grundlegende unterschiedliche Rechtsverhältnisse aus dem Vertragsrecht tangieren. Das ist einmal das Dienstvertragsrecht und das Werkvertragsrecht. Was Sie erwähnt haben mit der Reparatur in der Autowerkstatt, das ist ein Begriff aus dem Werkvertragsrecht. Hier vereinbaren Sie also mit dem Dienstleistenden exakt den Umfang der wiederherzustellenden Leistung.

**Generell gibt es also keine Mobilitätsgarantie für meine Plombe?**

Das ist jetzt eine andere Geschichte. Wenn Sie Ihr Auto wieder holen, dann haben Sie einen Anspruch darauf, daß die Leistung korrekt erbracht worden ist. Nur dann

bezahlen Sie, ansonsten bestehen Sie auf Änderungen.

In der Medizin bzw. Zahnmedizin regelt sich die Rechtsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Behandler nach dem Dienstvertragsrecht nach § 611 BGB. Danach ist der Arzt verpflichtet, die Behandlung entsprechend den anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Regeln der Zahnheilkunde durchzuführen und dabei natürlich auch die gebotene Sorgfalt zu beachten. Dieser Vertrag schließt aber keine Erfolgsgarantie ein, es gibt einfach keine Garantie, einen Kranken wieder gesund zu machen.

**Man merkt also, daß die Frage gar nicht so einfach zu beantworten ist. „Kann ich denn in jedem Falle reklamieren?“ Wie wollen Sie z. B. garantieren, daß eine Füllung, die Sie mir machen, zwei Jahre hält?**

Das ist ein Problem, das uns Zahnärzte etwas drückt, weil hier in die Bestimmung des Gesundheitsstrukturgesetzes 93 die sogenannte verschuldensunabhängige Gewährleistung eingebaut ist, die vom Gesetzgeber jetzt etwas relativiert worden ist, z. B. bei den Füllungen für bestimmte Anwendungsbereiche, bestimmte Füllungen oder für Füllungen im Milchgebiß. Der Zahnarzt

kann einfach keine Zweijahresgarantie übernehmen, und hier ist auch eine wiederholte Abrechnung möglich. Was diese verschuldensunabhängige Gewährleistung des GSG 93 anbelangt, habe ich eine letzte Information der EU-Kommission, daß diese Gewährleistung über die EU nicht auf die Zahnärzte zukommt, und das ist meines Erachtens richtig.

**Frau Premser aus Apolda fragte: Die Krankenkasse stimmte nach einem Gutachterbefund einem neuen Zahnersatz zu. Muß in diesem Falle der Eigenanteil beim Zahnersatz noch einmal von mir getragen werden?**

Die Rückzahlung der zu Unrecht von den Patienten gezahlten Eigenanteile betrifft die rein zivilrechtliche Seite des Behandlungsvertrages, und hier kann die Kasse nicht unmittelbar helfen, auch die Landes Zahnärztekammer nicht. Hier bleibt dem Patienten, wenn er seinen Weg fortsetzen will, nur die Möglichkeit, diese Eigenanteile auf zivilrechtlichem Wege mit Hilfe eines Rechtsanwaltes über das Gericht einzuklagen.

**Eine Hörerin aus Weimar hat uns angerufen. Ihr Sohn ist 14 Jahre alt, wurde ca. 10**

**Jahre lang von einem Kieferorthopäden behandelt. Die Zähne sind inzwischen gerichtet, trotzdem wird die Behandlung nicht beendet. Der Arzt sagt, weil die Weisheitszähne noch nicht da sind. Wie lange muß der Junge noch zum Kieferorthopäden gehen?**

Ich kann zu diesem speziellen Fall nicht Stellung nehmen, aber allgemein läßt sich vielleicht sagen, daß im Alter von 14 Jahren die Gebißentwicklung eben noch nicht abgeschlossen ist und damit auch das bisher erreichte kieferorthopädische Behandlungsergebnis nicht abgesichert ist, und Weisheitszähne brechen dann im Alter von 18 bis maximal 30 Jahren durch, und hier sollte man vielleicht den Kieferorthopäden noch einmal konsultieren.

**Herr Müller aus Engerda fragte an: wenn man nach dem Einsetzen eines Zahnersatzes nicht zufrieden ist, also Schmerzen hat, und der Zahnarzt keinen Fehler bzw. keine Ursache findet, wohin kann man sich denn dann wenden?**

Zunächst einmal legt die Rechtsprechung fest, daß der Zahnarzt nicht nur die Pflicht der Nachbesserung, sondern auch das Recht dazu hat. Das ergibt sich daraus, daß mit dem Eingliedern des Zahnersatzes die Paßgenauigkeit nicht sofort gegeben sein muß. Das betrifft besonders den einwandfreien und schmerzfreien Sitz. Es muß dem Zahnarzt eingeräumt

werden, ohne daß der Vorwurf schuldhaften vertragswidrigen Verhaltens erhoben werden kann, Korrekturen an Zahnersatz und Zähnen vorzunehmen. Natürlich ist dem Patienten nicht zuzumuten, daß er unzählige Male zum Zahnarzt gehen muß. Man geht davon aus, daß man etwa fünfmal den eigenen Zahnarzt aufsuchen kann. Wenn der Schaden bis dahin nicht korrigiert werden kann, dann ist dem Kassenpatienten natürlich zu empfehlen, daß er sich an seine Krankenkasse wendet, und die Krankenkasse hat die Möglichkeit, einen Gutachter mit einem Nachgutachten zu beauftragen.

**Schränkt das mein Recht auf freie Arztwahl nicht ein, wenn ich Angst haben muß, daß bei einem Arztwechsel meine Kasse nicht mehr zahlt?**

Wir empfehlen also grundsätzlich nicht den Behandlerwechsel, sondern wir warnen auch davor, weil unabhängig von dieser vertragsrechtlichen Beziehung des Patienten mit seiner Kasse die Vertragsbeziehung Patient-Zahnarzt steht. Wenn der Patient jetzt ohne Einverständnis der Kasse oder ohne Einleitung eines Gutachterverfahrens den Behandler wechselt, dann riskiert er, daß er den Erstattungsanspruch gegenüber der Kasse eventuell verliert. Das ist nachvollziehbar, wenn ein weiterer Behandler sich in die Behandlung einmischt und Veränderungen am Zahnersatz vornimmt. Damit entläßt er den Erstbehandler aus seiner Verantwortung, und der Patient wird dem Zweitbehandler gegenüber zahlungspflichtig.

### **Warnung vor Rechnungsversand!**

Offensichtlich versendet in diesen Tagen ein Verlag namens „Teleservice Verlag GmbH“ aus Bremen an Arzt- und Zahnarztpraxen Rechnungen mit anhängendem Überweisungsauftrag für eine Eintragung in ein sogenanntes „Branchenbuch“.

Die unaufgefordert zugesandte Rechnung sieht entsprechenden Rechnungen von Telefonbuchverlagen täuschend ähnlich. Es wird der Eindruck erweckt, als sei ein Auftrag bereits erteilt. Erst aus dem Kleingedruckten auf der Rückseite kann man entnehmen, daß aus „Rationalisierungsgründen“ ein Vertrag nur durch Bezahlung der Eintragungskosten zustande kommt.

Wer sich viel Ärger sparen möchte, sollte also solche „Angebote“ genauestens prüfen und die richtigen Konsequenzen daraus ziehen!



# BSE-Risiko durch Medikamente?

Der Rinderwahnsinn (BSE – Bovine Spongiforme Enzephalopathie) hat den Rindfleischmarkt teilweise zusammenbrechen lassen, so sind in Thüringen die Schlachtungen von Rindern um 90 % und der Verbrauch um 70 % zurückgegangen.

Nun sind auch die Verbraucher von Medikamenten verunsichert. Presseberichte hatten den Eindruck erweckt, daß von Arzneimitteln erhebliche Gefahren ausgehen könnten.

Arzneimittelhersteller und Apotheker haben daraufhin reagiert. „Wer heute in der Apotheke Arzneimittel kauft, braucht keine Angst vor BSE zu haben.“ Das erklärte der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) und wies darauf hin, daß es seit über zwei Jahren genaue Anweisungen gebe, um ein Risiko von Arzneimitteln, die z. B. Bindegewebe, Gelatine aus Rinderknochen, Muskulatur, Blut- oder Milchzucker enthalten, zu verringern.

Prof. Dr. Dinnendahl, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker erklärte weiterhin, daß praktisch alle Hersteller von Arzneimitteln die Sicherheitsanforderungen, die eine Übertragung von spongiformen Enzephalopathien verhindern sollen, erfüllt hätten.

Zudem habe das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im November 1995 für möglicherweise noch nicht erfaßte

Arzneimittel, die Bestandteile von Rindern enthalten, das Ruhen der Zulassungen bis zum 30. September 1997 sowie den Rückruf angeordnet.

Mit einer neuen Bekanntmachung hat nun das BfArM zusätzlich ergänzende Maßnahmen zur BSE-Sicherheit von Medikamenten getroffen. Die o. g. Anordnung, die Arzneimittel mit hochinfektiösen Geweben betrifft (z. B. Gehirn, Rückenmark, Lymphknoten von Rind, Schaf und Ziege) wird hierbei auf Arzneimittel mit weniger infektiösen Geweben ausgeweitet (z. B. Leber, Lunge, Knochen derselben Tiere). Demnach gelten auch für diese Arzneimittel das Ruhen der Zulassungen bis September 1997 sowie deren Rückruf. Das bedeutet also: Diese Arzneimittel dürfen in deutschen Apotheken nicht mehr verkauft werden!

Bereits vor zwei Jahren wurden Maßnahmen zur BSE-Sicherheit von Stoffen wie Insulin, Heparin (zur Thromboseprophylaxe) oder Gelatine (in Kapselhüllen) getroffen.

Es gibt also keinerlei Grund zur Verunsicherung oder gar zum Verzicht auf zum Teil lebenswichtige Medikamente!

Dazu muß allerdings bemerkt werden, daß sowohl die Apotheker als auch die Gesetzgeber mit großer Sorge den Pharmazieschwarzmarkt beobachten. Über das Internet können z. B. in Großbritannien von jedem

Medikamente angefordert werden, die sich sowohl der ärztlichen, der pharmazeutischen und der gesetzlichen Zulassungskontrolle entziehen. Dies betrifft wohl in erster Linie Sucht- und suchtmittelähnliche Mittel als auch Anabolika, die von Fitness-Zentren bestellt werden. Weiterhin werden auf dem Schwarzen Markt Medikamente zum Einzelverkauf angeboten, bei denen Wirkungsspektrum und mögliche Krankheitsursache total divergieren. Dasselbe würde natürlich auch die Herkunft sowie tierisches Basismaterial betreffen.

In einem kurzen Interview des Bayerischen Rundfunks stellte Bundesgesundheitsminister Seehofer seine große Besorgnis über diesen unkontrollierten möglichen Mißbrauch dar und versprach, die Arzneimittelkontrollen massiv zu verschärfen.

*red.*

## Renaissance des Messestandortes Leipzig

### Buchmesse

Die diesjährige Buchmesse in Leipzig knüpfte an alte und berühmte Traditionen an. Und doch kann man in diesem Jahr von einer wohl völlig neuen Buchmesse reden.

Nach dem doch recht großen Spektakel der Frankfurter Buchmesse im vergangenen Jahr, die in den verschiedensten Medien auch eine ordentliche Promotion erhielt, wurde das diesjährige Pendant in Leipzig sehr verhalten akzentuiert. Die vorjährigen Prognosen redeten die Leipziger Buchmesse schon tot.

Im Messehaus am Markt und im Untergrundmessehaus hatten sich die Verlage postiert, um dem Besucher und natürlich auch den Geschäftsleuten die Standardwerke und die Neuheiten zu präsentieren. Verglichen mit den Zeiten vor 1990 waren die Ausstellungsetagen eben-

so überfüllt, wobei allerdings die Interessen völlig divergieren.

Vor der Wende war die Messe ein Schaufenster über die Büchertische in eine verbotene literarische Welt bzw. in das durchaus gute Sortiment bestimmter DDR-Verlage, das nie auf dem Ladentisch erschien.

In diesem Jahr haben sich im Bereich der Belletristik und der Regionalkunde bzw. Kunst recht viele ostdeutsche Verlage etabliert, z. T. auch noch recht unbekannt.

So führt z. B. der Mitteldeutsche Verlag die sehr gute Tradition der Bildbände (Klassikerstrasse, Schöne Dorfkirchen in Thüringen, Weinreiseland an Saale und Unstrut) neben einem reichlichen Belletristikprogramm fort.

Der Hain-Verlag aus Rudolstadt besticht durch seine exakt detaillierten Regionalia (Romantisches Thüringen, Kleines Thüringisches Wör-

terbuch, Herrscher und Mäzene-Thüringische Fürsten, Schönes Altes Rudolstadt usw.).

Diese Verlage sollen nur als Beispiel erwähnt werden. Enttäuschend war für mich das Verschwinden der bekannten Fachverlage aus Leipzig, wie z. B. J. A. Barth. Natürlich wurden im Bereich der Fachliteratur die gesamte moderne Palette sowie die Standardwerke angeboten. Diese sollen Inhalt der bekannten Buchrezensionen sein.

Interessant war die Präsenz der ost- und südosteuropäischen Länder. Hier hat z. B. die Slowakei sich bemüht, auch etwas das Land zu präsentieren mit Daten und Fakten. Hingegen die Präsenz von Tschechien eher enttäuschend ausfiel mit einer für mich gewissen Interesslosigkeit. Die Republik Polen war ja das hauptsächliche Auslandsmotto und sehr gut dargestellt. So hatte sich für





den Messebesucher die Blickrichtung plötzlich gewandelt. Die Buchmesse war wiederum ein Fenster, aber in Richtung Osten zu den baltischen, russischen, weißrussischen und ukrainischen Verlagen und ein zwar geringer aber doch aufschlußreicher Blick in diese Länder mit ihren großen Problemen.

Schmunzeln mußte ich allerdings: Die begleitenden „Delegationen“ an jedem dieser Stände waren zahlenmäßig so groß wie zu Zeiten der „großen ruhmreichen Union der Sowjetrepubliken“.

Leipzig ist als Buchmessestandort wieder sehr gefragt und sollte dem Literaturinteressierten eine Reise wert sein.

## Neue Messe Leipzig

Mit der diesjährigen Automobilmesse in Leipzig wurde das neue Messegelände neben dem ehemaligen Flughafen Leipzig-Mockau eröffnet. In den verschiedensten Me-

dien wurde das neue Messegelände und die Messehallen als Superlativ bezeichnet. Nach den ersten Eindrücken zu urteilen, ist diese Beschreibung nicht übertrieben. Zumindest die Architektur ist futuristisch und in ihrer Form bestechend.

Die Neue Messe hat eine Ausstellungsfläche von 100.000 m<sup>2</sup>, 5 Hallen mit je 20.000 m<sup>2</sup> und eine zusätzliche Freifläche mit 30.000 m<sup>2</sup>. Die Glashalle zwischen den Ausstellungshallen ist 225 m lang und 75 m breit. Im Tagungs- und Kongresszentrum werden 2400 Personen die Möglichkeiten zur Kommunikation geboten.

Zur Automobilausstellung konnten die Hallen den Besucheransturm kaum bewältigen. Sicherlich spielte hierbei die Neugier auf die neuen Messegebäude eine ebenso große Rolle wie die Bewunderung der neuesten, aber auch schon bekannten Automodelle.



Amüsant war die Trabantausstellung und etwas nostalgisch die Darbietung der alten DDR-Modelle wie die Cabrios von IFA und des P 70.

Auf dieser neuen Ausstellungsfläche wird auch wieder die SACHSEN-DENTAL stattfinden.

*DS G. Wolf*

*(Fotos (5): G. Wolf)*

**5. Zahnärztetag  
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
und  
47. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen  
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den  
Universitäten Greifswald und Rostock e. V.**

**13. - 15. September 1996 in Rostock-Warnemünde, Hotel Neptun  
mit Dentalausstellung**

**Thema:**

**Aktuelle Methoden der chirurgischen Zahnerhaltung und Alternativen  
Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Doz. Dr. W. Sümnick**

**Am Samstag, 14. September 1996 findet im SAS-Hotel (ehemals Warnow-Hotel),  
Rostock, von 9.30 bis 14.00 Uhr die 4. Fortbildungsveranstaltung für  
Zahnärzthelferinnen statt.**

**Anmeldung und Information: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,  
Wismarsche Straße 158, 19053 Schwerin, Tel.: 0385/51 28 88, Fax: 03 85/51 26 14**

*Wir gratulieren!*

*zum 91. Geburtstag  
am 31.5.*

*zum 83. Geburtstag  
am 18.5.*

*zum 65. Geburtstag  
am 28.5.*

*zum 60. Geburtstag  
am 15.5.*

*zum 60. Geburtstag  
am 21.5.*

*Herrn SR Otto Hanff  
Lessingstraße 3, 99310 Arnstadt*

*Herrn SR Dr. Joachim Schmidt  
Bahnhofstraße 15, 99310 Arnstadt*

*Frau Marianne Endlicher  
Dorfstraße 14, 07751 Großlöbichau*

*Frau Irmhild Oelzner  
Friedrich-Schelling-Straße 11, 07745 Jena*

*Frau Dr. med. Barbara Nee  
Tannrodaer Straße 24, 99438 Bad Berka*



## Wie sicher ist Home-Banking?

Immer mehr Bankkunden nutzen die Vorteile des Home-Banking: Bereits über 1,4 Millionen Konten laufen über den Online-Dienst der Telekom. Dabei wickeln die Kunden ihre alltäglichen Bankgeschäfte in der Praxis, Apotheke oder den eigenen vier Wänden ab, wobei die Aufträge am PC oder beispielsweise über ein spezielles Btx-Terminal erteilt werden können.

Gleichzeitig stellen immer mehr Kunden die Frage nach der Sicherheit beim Home-Banking. Dabei schwingt die Befürchtung mit, daß unbefugte Personen über das eigene Konto verfügen könnten. Wie hoch oder gering diese Möglichkeit einzuschätzen ist, zeigt ein Blick auf die verschiedenen Sicherheitsstufen.

### **Geheimzahlen und Paßwort als „Einstiegs-schranken“**

Die Sicherheit beim Home-Banking wird vor allem durch verschiedene Geheimcodes gewährleistet. Allein um Zugang zu T-Online, also dem Netzbetrieb der Telekom, zu erlangen, benötigt man zum einen eine Datex-J-Anschlußkennung. Dabei handelt es sich um eine zwölfstellige Zufallszahl, die dem Kunden per Einschreibebrief zugestellt wird. Zum anderen erhalten Btx-Benutzer von der Deutschen Telekom ein Kennwort, welches ihnen mit getrennter Post ebenfalls als Einschreiben zugeht.

Dieses zunächst zugeteilte Kennwort kann vom Benutzer im Laufe der Zeit beliebig oft geändert werden.

Danach setzen die Sicherheitsstufen des Kreditinstituts ein. Auch hier gibt es wiederum zwei „Schranken“. Die erste bildet die Geheimzahl. Jeder Btx-Kunde muß sich mit seiner persönlichen Identifikationsnummer (PIN) legitimieren, um Zugang zu seinem Konto zu erhalten.

Zum anderen wählt er bei jedem Auftrag, zum Beispiel bei einer Überweisung, aus einer von der Bank zur Verfügung gestellten Nummern-Liste eine sogenannte Transaktionsnummer (TAN) aus und gibt sie als Auftragsbestätigung an. Die TAN dient dabei als Ersatz für eine Unterschrift und kann nur einmal verwendet werden. Sofern eine TAN dreimal hintereinander falsch eingegeben wird, setzt automatisch eine Sperrung des Btx-Kontos ein. Diese Sperrung wird erst nach Absprache zwischen dem Kunden und seiner Bank wieder aufgehoben. Dasselbe gilt im übrigen für die PIN.

### **Hohe Sicherheit durch mehrere Zugangskontrollen**

Die verschiedenen Codes schaffen ein Höchstmaß an Schutz gegen Mißbrauch, wenn der Kunde die Transaktionsnummern sicher aufbewahrt sowie Geheimzahlen und Paßwort nicht schriftlich notiert.

Folglich ist unter normalen Umständen ein Zugriff Fremder unmöglich.

Ebenso richtig ist es, daß es nie eine absolute Sicherheit gibt und möglicherweise eine unberechtigte Person durch kriminelle Manipulationen an einer Telefonleitung bzw. Telefonanlage Zugriff auf Konten nehmen kann.

Aber selbst wenn es tatsächlich zu einem Mißbrauch gekommen sein sollte, läßt sich in der Regel sehr schnell der Empfänger einer widerrechtlichen Überweisung ermitteln. Eine derartige Identifikation des Empfängers ist vor allem dann problemlos, wenn bei einem Institut nur Inlandsüberweisungen per Btx abgewickelt werden, wie zum Beispiel bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Ein materieller Schaden ist in diesen Fällen praktisch auszuschließen.

Das Mißbrauchsrisiko beim Home-Banking erweist sich also als minimal. Die Gefahr, durch Diebstahl von Bargeld oder durch die kriminelle Nutzung gestohlener eurocheque-Karten und Scheckformulare einen Schaden zu erleiden, ist keineswegs geringer. Daher wird der Sicherheitsaspekt der zunehmenden Verbreitung von Btx-Banking kaum im Wege stehen.

*Deutsche Apotheker- und Ärztebank*

- aktuell -

*Hinweis für  
Frankreich-Urlauber:*

## Kein Bargeld per eurocheques

Viele Banken und Postämter in Frankreich akzeptieren keine eurocheques mehr. Bei einigen der Kreditinstitute, die weiterhin Bargeld gegen eurocheques auszahlen, muß der Frankreich-Urlauber zudem mit recht hohen Gebühren rechnen. Darauf weist die Deutsche Apotheker- und Ärztebank hin.

Die APO-Bank rät daher, entweder Reiseschecks zu verwenden, die auf französische Franc lauten, oder in Frankreich entsprechende Geldautomaten zu benutzen.

Kleinere Beträge kann man gegebenenfalls sogar in bar mitnehmen, um die teilweise beträchtlichen Gebühren bei der Einlösung von eurocheques zu vermeiden.

*Deutsche Apotheker- und  
Ärztebank  
-aktuell-*



## **Vereinte Krankenversicherung AG: Höhere Schadenquote bei der Ärzte- versicherung**

Bei der jährlichen Sitzung des Ärztebeirats der Vereinten Krankenversicherung AG in München stellte der Vorstand des Unternehmens die Ergebnisse des Geschäftsjahres 1995 vor.

Danach erzielte der größte Krankenversicherer der Ärzteschaft insgesamt eine Steigerung der Beiträge um 8,1 Prozent auf rd. 4,29 Milliarden DM.

In der Gruppenversicherung für Ärztinnen und Ärzte nahmen die Beiträge um 0,1 Prozent zu, allerdings ohne Berücksichtigung der Pflegeversicherung. Mit den „Pflege“-Prämien stiegen die Beiträge um 8,5 %. Gleichzeitig hat sich der Schadenanstieg im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Er lag bei 4,7 % (1994: 4,0 %) und damit über dem Zuwachs der Beiträge.

Eine Analyse der Schadensentwicklung zeigte, daß im ambulanten Bereich die Kosten bei den versicherten Ärzten erneut stärker zugenommen haben als bei den Versicherten nach Nicht-Ärzte-Tarifen. Wiederum sind die Arztbehandlungskosten am stärksten gestiegen.

Die Vereinte appellierte auf der Beiratssitzung erneut an die Solidarität bei der Liquidation, um die Beiträge günstig halten zu können. Im stationären Bereich ist die Steigerungsrate wie in den Vorjahren deutlich niedriger als im ambulanten Bereich.

Als Folge der gestiegenen Gesundheitskosten war zum 1. Januar 1996 eine Beitragsanpassung notwendig. Die Anhebung entsprach der Steigerung der Gesundheitskosten.

Bei der Anpassung wurde die neue Sterbetafel aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung berücksichtigt. Sie hatte jedoch auf die Beitragsanpassung nur marginalen Einfluß, weil die Mehrbeiträge weitgehend durch Firmeneinschüsse abgedeckt wurden.

Auf dem Tarifsektor wurde ein neuer Tarif für Medizinstudenten im praktischen Jahr und Ärzte im Praktikum geschaffen. Er enthält - bei ausreichendem Versicherungsschutz - einige Leistungsrestriktionen (z. B. bei dem kostenintensiven Zahnersatz). Dem steht ein extrem günstiges Beitragsniveau gegenüber.

Durch dieses äußerst günstige Angebot soll jungen Ärzten ermöglicht werden, bereits beim Start ins Berufsleben am Gruppenversicherungsvertrag teilzunehmen.

*Presseinformation der  
Vereinte Versicherungen*

## „Ärzte für die Dritte Welt“

Im Oktober letzten Jahres hatte ich die Möglichkeit, im Rahmen des Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“ einen Einsatz als Zahnärztin auf den Philippinen durchzuführen. Nach intensiven Vorbereitungen (Erlernen der englischen Sprache, diversen Impfungen, Einholen von Genehmigungen und Informationen über Land und Leute) startete ich am 24. Oktober 1995 nach Mindanao, der zweitgrößten Insel der Philippinen.

Ausgehend von unserem Wochenendstützpunkt in Cagayan de Oro erreichte ich nach insgesamt 4 Tagen Anreise mein Einsatzgebiet im Landesinneren der Insel. Dort löste ich meinen Vorgänger ab, und nach einer 15minütigen Anleitung konnte meine Arbeit beginnen.



Bild 1.: Unser Anfahrtsweg

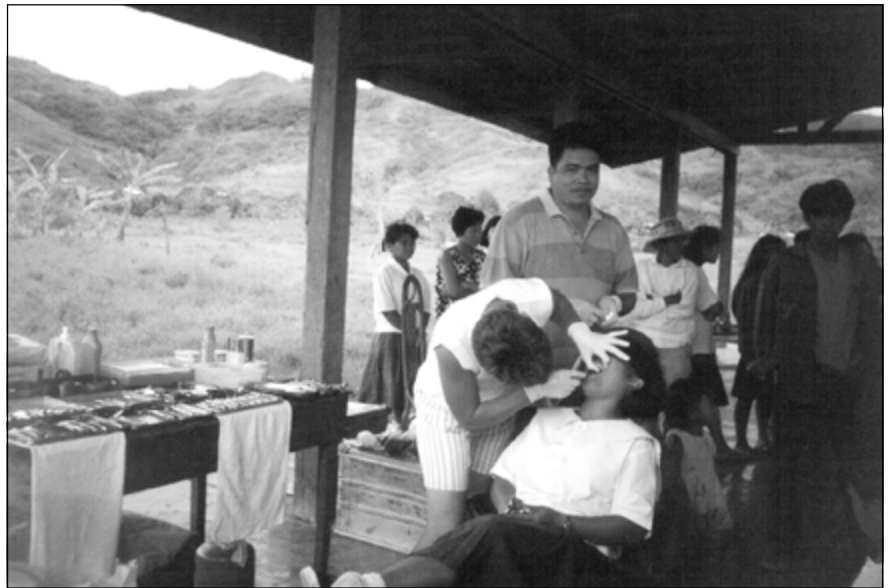


Bild 2.: ... mal wieder bei der Arbeit

Unser Team der rolling clinic bestand aus 5 philippinischen Mitarbeitern, die zum Teil als Healthworker ausgebildet sind, einem deutschen Arzt und mir. Unser Fahrer ist gleichzeitig mein Helfer und Übersetzer vom Englischen ins Visayan, der Hauptsprache auf Mindanao.

Von unserem Standort fahren wir täglich andere Dörfer an, über zum Teil abenteuerliche Straßen und durch Flüsse, da die Brücken nicht mehr passierbar sind. Natürlich müssen wir auch mehrstündige Fußmärsche in die abgelegenen Orte über Berge, Hängebrücken und durch unwegsames Gelände bewältigen. Unsere Medikamente und Instrumente sind in Boxen verpackt und werden dann mit Pferden und Carabaos (Wasserbüffel) transportiert.

Auch die Patienten müssen mehrstündige Fußmärsche auf sich nehmen, um sich vom Arzt oder Zahnarzt behandeln zu lassen.

Eine soziale Versicherung gibt es auf Mindanao nicht. Dementsprechend stellt sich uns auch die orale Gesundheit dar. Die Armut der einheimischen Bevölkerung läßt keine Zahnbehandlung zu. Die Arbeit des Zahnarztes beschränkt sich im wesentlichen auf Extraktionen. Im Landesinneren gibt es keinen Strom, keine Wasser- und Abwasserversorgung, demzufolge kein Röntgenbild, keinen Absauger und keine „Bohr“maschine.

Wenn wir am Morgen unseren Einsatzort erreichen, ist meistens schon das ganze Dorf versammelt, und die Kinder haben schulfrei. Da es nicht genügend deutsche



Bild 3.: Extraktion von 36

Kollegen für einen regelmäßigen Einsatz gibt, kommt häufig nur einmal jährlich ein Zahnarzt in die abgelegenen Dörfer. Es gibt entsprechend viel zu tun, denn die Gebisse, besonders die der Kinder, sind oft in einem katastrophalen Zustand.

Süßigkeiten gibt es an jeder Dorfecke, und Zahnpflege ist so gut wie nicht bekannt. Deshalb hält mein Helfer anhand einfacher Plakate einen Vortrag über richtige Ernährung und Zahnpflege, auch mit einfachen Hilfsmitteln. Dann beginne ich mit meiner Arbeit. Meistens sind es Mehrfachextraktionen, die Patienten sind sehr geduldig und vor allem sehr dankbar. Meine Zuschauer sind nicht nur die Dorfbewohner, sondern auch unzählige Hunde, Hühner, Kücken und manchmal sogar Schweine. Häufig arbeiten wir im Freien, durch eine Plane vor der grellen Sonne geschützt. Die Arbeit dauert, bis alle Instrumente benutzt sind.

Während mein Helfer sterilisiert (in einem einfachen gas-

betriebenen Dampfdrucktopf), habe ich Freiraum, mir die Dörfer anzuschauen, mit den Kindern zu spielen und Visayan zu lernen. Das Mittagessen wird von den Dorfbewohnern vorbereitet und besteht immer aus Reis mit Gemüse, Nudeln oder Kartoffeln. In den reicheren Dörfern bekommen wir schon mal ein Hühnchen. In den ärmeren Regionen gibt es noch nicht einmal Bestecke, so daß wir gezwungen sind, mit den Fingern zu essen.

Zu meinem Bedauern ist es um 18 Uhr dunkel, und man hat keine Zeit für weitere Erkundungen der Umgebung. So verbringen wir unsere Abende mit Lesen, Karten spielen und Unterhaltungen. Oft gehen wir zeitig schlafen, denn früh um 6 Uhr beginnt der Tag. Betten gibt es nicht, wir schlafen alle in einem Raum auf dem Fußboden, ich habe eine Isomatte und ein Moskitonetz als Schutz vor Insekten und anderem Getier. Die persönliche Körperhygiene gestaltet sich auch schwierig.

Wenn kein Fluß in der Nähe ist, müssen wir mit der Wasserstelle im Dorf vorlieb nehmen und werden dann beim Waschen und Zähneputzen von allen Kindern des Dorfes beobachtet.

Nach einem anstrengenden, aber erlebnisreichen Einsatz kehren wir zurück nach Cagayan de Oro. Die Wochenenden verbringen wir dann auf der wunderschönen kleinen Vulkaninsel Camiguin. Hier kann man sich Motorräder mieten und die Insel mit ihren Wasserfällen und dem Regenwald durchqueren oder an der Steilküste den wunderschönen Blick auf das Chinesische Meer genießen. Unser schönstes Erlebnis war die Besteigung des höchsten Vulkans der Insel. Die restliche Zeit verbringen wir mit Schwimmen und Tauchen an den sehr eindrucksvollen Korallenriffen.

Insgesamt kann der Einsatz als sehr erlebnis- und abwechslungsreich, vor allem aber sinnvoll bezeichnet werden. In den 5 Wochen wurden von mir 465 Patienten behandelt und insgesamt 738 Zähne extrahiert. Für diese Arbeit erhält man kein Honorar, und die Hälfte des Flugpreises muß vom Arzt bzw. Zahnarzt bezahlt werden, was steuerlich jedoch absetzbar ist. Nähere Informationen erhält man vom Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ e. V., Elsheimer Straße 9, 60322 Frankfurt, Tel. (069)71911456.

*Dr. med. Irmhild Zinner,  
Erfurt*



## Produktinformationen

### Digitales OPG: Optimale ZahnarztRechner-Integration

Die erheblichen Vorteile aus dem Einsatz digitaler Röntgengeräte für Patienten und Praxen motivieren immer mehr Zahnärzte zur Nutzung der neuen Technik. Mit der Auslieferung der ersten digitalen OPGs von Trophy melden die Dentalsoftware-Spezialisten bereits die erfolgreiche Installation ihres für die neue Technik erweiterten Integrierten Röntgen-Assistenten (IRA).

Die Anwender der marktführenden Zahnarzt-Software können damit auch die Vorteile digitaler Panorama-Röntgentechnik von Anfang an nutzen. Mark Stulz, Leiter des ZahnarztRechner-Vertriebs, freut sich für seine Kunden: „Dies ist eine ideale Ergänzung zu DEXIS, dem bisher einzigen Fullsize-Sensor auf dem Markt. Bereits diese auf der letztjährigen IDS vorgestellte Weltneuheit der ZahnarztRechner-Medizin-Technik hat unseren zahlreichen Anwendern erhebliche Vorteile gegenüber den herkömmlichen Sensoren gebracht.“

Der Anschluß des Trophy OP 100 inkl. Aufnahme-Software setzt nach Unternehmensangaben einen leistungsfähigen Pentium-PC mit dem Integrierten Röntgen-Assistenten (IRA) im Röntgenraum voraus.

Das IRA-Programm wird unter Windows 3.1 oder Windows 95 installiert. Der optimale Nutzen ergibt sich im Zahnarzt-Rechner-Netzwerk. OPG- und Einzelaufnahmen

sind dadurch direkt im Behandlungszimmer-Bildschirm verfügbar.

Alle Aufnahmen sind in der elektronischen Röntgenbildtasche des Patienten gespeichert und können per Mausklick aufgerufen werden. Dabei unterstützen Diagnose-Hilfen wie z. B. Vergrößerung, Aufhellung oder Kontrastveränderung der Bilder die Arbeit des Behandlers. Alle Bilder werden vom IRA mit Faktor 5- 8 komprimiert im Netzwerkserver gespeichert.

Das Röntgenkontrollbuch wird automatisch geführt. Das Programm ermittelt nach Eingabe der Diagnose die richtigen Gebührenpositionen.

Für Anwender anderer Programme bietet das Unternehmen nach eigenen Angaben günstige Möglichkeiten zum Programm-Wechsel an.

*ZahnarztRechner GmbH*  
Maria Trost 25  
56070 Koblenz  
Tel.: 02 61/8 07 00-500  
Fax: 02 61/80 700-550

*Prof. Dr. Alexander Gutowski*  
Schwäbisch-Gmünd

Intensiv-Seminar  
für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**Schientherapie zur gezielten Behandlung  
von okklusionsbedingten Funktionsstörungen  
des stomatognathen Systems**

Eintägiges Intensiv-Seminar  
mit Live-Demonstration am Patienten

Sa. 23. Nov. 1996  
Georg-August-Universität, Göttingen

**Referent: Prof. Dr. A. Gutowski**

Leiter: Prof. Dr. D. Kubein-Meesenburg  
Seminargebühr: DM 520,- incl. MwSt.  
Assistenzärzte: DM 400,- (Nachweis erbeten)

Anmeldung:

GÖTTINGER DENTAL-LABOR  
HEIKO DOHRN GMBH  
Zahntechnikermeister

Heinrich-Sohnrey-Str. 12a, 37083 Göttingen  
Tel.: (0551) 70 77-23 · Fax: (0551) 70 77-51

### **Neu – InfoDENTAL Mitte in Frankfurt Handel startet Präsentationsoffensive**

Am 28. und 29. Juni 1996 präsentieren in Frankfurt, im Zentrum Deutschlands, etwa 200 führende Dentalhersteller ihre Produkte und Leistungen zu den Fachbereichen: Praxis/Labor Einrichtung, Werkstoffe und Verfahren, Praxis/Labor Führung und Organisation.

Unter dem vielversprechenden Motto „Für Profis mit Biß: Erfolgsrezepte pur“ können sich Ärzte, Techniker und Helferinnen umfassend und kompakt alles wesentli-

che unmittelbar präsentieren lassen, was der Dentalmarkt aktuell zu bieten hat.

Neben vielen Neuheiten, z. B. zu Digitalem Röntgen, Lasern, weißen Füllungen und Implantaten wird sicher auch der direkte Dialog über Praxisbewährtes und zu „Alltagsfragen“ auf dem Plan vieler Besucher stehen.

Ein attraktives Rahmenprogramm mit 20.000 DM Tombola, dem Dental- Glücksrad, Kinderbetreuung und einem speziellen Workshop

für Helferinnen rundet das Programm der InfoDENTAL Mitte ab.

Hier bietet sich der interessierten Fachöffentlichkeit Mitte des Jahres 96 ein hervorragendes Forum, sich zu anstehenden Investitionen einen qualifizierten Überblick zu verschaffen und in angenehmer und entspannter Atmosphäre diese vorzubereiten.

*Presseinformation  
InfoDENTAL Mitte*

### **Warum diamantierte PAR-Küretten?**

Extrahierte Zähne lassen oft erkennen, daß durch professionelle Zahnreinigung die konvexen Flächen von Wurzeln beispielhaft gesäubert und geglättet, schmale vertikale Einziehungen aber nicht erreicht wurden. In solchen vertikalen Furchen schreitet der entzündliche Prozeß weiter nach apikal vor, und nicht selten ist dieser Sachverhalt die Ursache für unklare Gesichtsschmerzen.

Die Firma GEBR. BRASSLER in Lemgo hat in Zusammenarbeit mit der Universität Münster, Herrn Prof. Marxkors, ein Instrumentarium von diamantierten PAR-Küretten zur tiefen, geschlossenen Wurzelsäuberung entwickelt.

Es sind Handinstrumente, Ziehküretten, zur Bearbeitung planer, konvexer und konkaver Flächen. Die Instrumente sind entsprechend der Zahnanatomie geformt und abgewinkelt und auf der dem Zahn zugewandten Seite mit Diamantkorn belegt.

Ein wesentlicher Vorteil besteht darin, daß diese Instrumente vertikal, parallel zur Zahnoberfläche drucklos eingeführt und mit einer bestimmten Anpreßkraft an den Zahn herausgezogen werden. Somit wird der Abrieb weitgehend aus der Tasche entfernt.

Die der Alveolenwand anliegende Seite der Kürette ist stumpf und kann keine Ver-

letzungen verursachen. Der federharte Schaft der Instrumente vermittelt dem Behandler ein Gefühl für die dosierte Kraftanwendung. Die diamantierten PAR-Küretten bleiben über einen sehr langen Zeitraum scharf und erfordern kein Nachschärfen. Für die Auswahl und Anwendung der Instrumente können Sie kostenlos einen gut illustrierten Folder beim Hersteller erhalten.

**Gebr. Brasseler GmbH  
Trophagener Weg 25  
32657 Lemgo  
Tel.: 05261/701-0  
Fax: 05261/701289**

## „M+W Sioplast B“, das neue Bißregistrat von M+W Dental

M+W Dental präsentiert erstmals ein additionsvernetztes Bißregistriermaterial unter der eigenen Hausmarke „M+W“ mit Namen „Sioplast B“.

Besonderes Merkmal ist die hohe Endhärte bereits nach 90 Sekunden! Daher läßt sich das überschüssige Material nach dem Abbinden einfach fräsen, mit dem Skalpell abschneiden oder zur Kontrolle im Mund abbrechen.

Sioplast B wird aus der Kartusche direkt auf die Kaufläche aufgetragen, seine gute Standfestigkeit sorgt dafür, daß es nicht in die Interdentalräume fließt.

Ausführliche Informationen z. B. zur Verarbeitungszeit,

Abbindezeit und Mundverweildauer sind im neuen Katalog übersichtlich beschrieben.

M+W Kunden erhalten den neuen Katalog automatisch zugeschickt, alle anderen

können ihn kostenlos bestellen unter Tel. 0 60 42/88 00 88 und Fax 0 60 42/88 00 80 bei M+W Dental, Postfach, 63652 Büdingen.



### Inserentenverzeichnis

### Seite

Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo	2. US
M+W Dental, Büdingen	167
John O. Butler Europe GmbH, Kriftel	169
DBV Versicherungen, Offenbach	171
Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt	172
Teak & Garden GmbH, Reinbek-Ohe	175
John O. Butler Europe GmbH, Kriftel	177
InfoDental Mitte Veranstalter, Frankfurt	183
Beycodent, Suhl/Hammerbrücke	187
Inter Ärzte Service, Erfurt	193
Göttinger Dental-Labor, Prof. Dr. Gutowski	201
R.+R. Daume Finanzdienstleistg., Erfurt	205
MULTIDENT	3. US
Sparkassen- und Giroverband, Erfurt	4. US
Kleinanzeigen	203, 204

**Junge Zahnarthelferin (20 Jahre) sucht** ab sofort neue **Arbeitsstelle** in Erfurt.

Anschrift: Alexandra Knospe, Liebknechtstr. 4, 99085 Erfurt.

**Freundliche Zahnarthelferin, 24 J., sucht Anstellung** im Raum SLF, RU, Pößn., NH, Kronach.

4 Jahre Berufserfahrung, Stuhl und Anmeldung.  
Tel. 01 72/2 06 05 94.

**Dtsch. ZA sucht Praxis zur Übernahme** (evtl. Einarbeitung) ab IV/96.

Tel.: 0 44 21/36 63 87

**Suchen Zahnarzt zur Praxisübernahme** in Mittelthüringen.

Interessenten wenden sich bitte unter tzb 029 an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

### Zahnheilkunde:

## Ein Jahrzehnt Erfahrungen mit CEREC

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Markteinführung der CEREC Methode trafen sich in Zürich Zahnärzte aus 25 Nationen. Prof. Dr. Werner H. Mörmann, Universität Zürich, der „Vater“ der Methode, konnte nun mit CEREC-II eine mit Hilfe der Firma Siemens weiterentwickelte und stark verbesserte Version der Therapieeinheit CEREC-I präsentieren.

Mittlerweile wird das Verfahren zur Herstellung zahnfarbener Keramikzahnfüllungen weltweit von 3.000 Zahnärzten angewandt – allein in Deutschland sind es weit mehr als 1.000.

Mit Hilfe der computergestützten CEREC-II Therapieeinheit ist es heute nahezu problemlos in einer einzigen Therapiesitzung möglich, unmittelbar neben dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl zahnfarbene Keramikfüllungen, Verblendschalen der Schneidezähne und seit kurzem sogar Zahnkronen herzustellen und

dem Patienten sofort einzusetzen. Dadurch werden die üblichen Zahnabdrücke, der Bau von Zahnmodellen, das Einsetzen von provisorischen Zahnabdeckungen sowie die zeitraubenden Mehrfach-Therapiesitzungen überflüssig.

In nur einer Stunde kann somit die zahnfarbene – und daher kosmetisch ansprechende – Füllung konstruiert, hergestellt und endgültig eingesetzt werden. Auf Wunsch des Patienten lassen sich in einer Sitzung sogar mehrere Zähne abschließend behandeln und sanieren.

Im weiteren Verlauf der wissenschaftlichen Veranstaltung betonte Prof. Dr. Felix Lutz, ebenfalls Universität Zürich, daß sich der reibungslose Übergang in die Nach-Amalgamära trotz der Entwicklung zahlreicher neuer Technologien als unerwartet schwierig erweist. Dies trifft insbesondere auf Deutschland zu, wo die Verarbeitung des Füllmaterials Amalgam in den zurücklie-

genden Jahren – im Gegensatz zur Schweiz – mit etwa 50 Mark pro Zahn sträflich unterbezahlt wurde. Daher muß die jetzt von vielen Menschen gewünschte Einführung neuer Materialien und Therapiemethoden eine Kostenexplosion auslösen.

Während eine Amalgamsanierung in der Schweiz durchschnittlich 300,- SF kostet, wird eine CEREC-Füllung von den Patienten selbst mit 600,- SF bezahlt. Diese Preisunterschiede gelten aber nicht nur für CEREC: alle Amalgamalternativen sind teurer als Amalgam. Zwar werden sich alle Krankenkassen an den anfallenden Kosten der hochwertigen Zahnfüllungen beteiligen – trotzdem erfordern die CEREC-Inlays und Kronen eine nicht unerhebliche Zuzahlung durch den Patienten.

*Info*

*Pressebüro Dr. Kubitschek*

#### **Raum D - NE - KR**

**Angestellte ZÄ/ZA od. Vorber.-assist./in**, gern Ex. neue Bundesländer, zuverlässig, freundlich u. engagiert, von jungem, freundlichem Praxisteam **gesucht**.

Tel. 0 21 51/30 77 74 ab 17.00 Uhr.

Flourierende **zahnärztliche Praxis** mit sehr gutem Umsatz an älteren Kollegen für ca. 5-6 Jahre sehr günstig **zu verpachten**.

Lage: Zentral in Mfr.-Stadt mit allen Schulen und Uni.

Interessenten wenden sich bitte unter tzb 030 an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

### „Große Steuerreform seriös vorbereiten und finanzieren“

Unter dieser Überschrift veröffentlichte die „Thüringer Allgemeine“ am 5. März das nachfolgende Interview mit Friedrich Merz, CDU-Finanzpolitiker (MdB):

Friedrich Merz (40), Unionsobmann im Finanzausschuß des Bundestags, warnt vor einer Selbstüberschätzung bei den geplanten Steuervorhaben.



#### **Die FDP fordert mehr Tempo bei der Steuerreform. Kann der Staat weitere Mindereinnahmen verkraften?**

Ich sehe im Augenblick keine nennenswerten Spielräume für Steuersenkungen. Wir müssen uns in diesem Jahr aber noch mit der weiteren Stufe der Unternehmenssteuerreform beschäftigen. Dies ist auch für die neuen Bundesländer außerordentlich dringlich. Außerdem brauchen wir eine Erbschaftssteuerreform rückwirkend zum 1.1.1996, und wir brauchen die Abschaffung der Vermögenssteuer am 1.1.1997.

#### **Soll mit Beschlüssen für eine Steuerreform die Koalition 1998 in den Wahlkampf gehen, wie die FDP fordert?**

Ich warne sehr vor Selbstüberschätzung. Alles muß im Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden. Eine große Steuerreform muß seriös vorbereitet und finanziert werden.

#### **Ist die Forderung nach allgemeiner Senkung der Lohn- und Einkommenssteuer reell?**

Da hat die FDP recht. Wir brauchen eine Verbreiterung der Bemessensgrundlage. Wir brauchen vor allem ein Programm der Steuergerechtigkeit und der Steuervereinfachung. Wir haben das Phänomen, daß die ganz kleinen Einkommen und die ganz großen Einkommen aus unterschiedlichsten Gründen fast keine Steuern mehr zahlen. Aber der gesamte mittlere Bereich, vor allem die lohnabhängig Beschäftigten haben praktisch keine Möglichkeit, sich dem zu entziehen.

#### **Wo beginnt für Sie Steuergerechtigkeit? Müßten denn die Reichen mehr zahlen?**

Wenn wir von Steuergerechtigkeit reden, kann es nicht sein, daß sich große Einkommen legal dem Steuerzugriff entziehen. Das sage ich, ohne gleich Klassenkampf zu machen: Die Sondertatbestände müssen weg. Es muß gefragt werden: Ist es notwendig, daß mehr als die Hälfte der

Seeschiffe, die sich derzeit auf den Weltmeeren bewegen, von deutschen Rechtsanwälten und Zahnärzten über Schiffsbeteiligungen finanziert werden? Abschreibungsmöglichkeiten sollten schon auf ein vernünftiges Maß reduziert werden.

#### **Daraufhin schrieb der Referent für Öffentlichkeitsarbeit der KZVTh, Dr. Karl-Heinz Müller, folgenden Brief:**

*Sehr geehrter Herr Merz,*

mit großem Interesse habe ich heute das Interview, welches Sie vor einigen Tagen der „Thüringer Allgemeinen“ gegeben haben, gelesen.

Man kann Ihnen fast uneingeschränkt zustimmen. Leider aber nur bis zur letzten Frage. Als Thüringer Zahnarzt lese ich da, weil es sich auch um ein Thüringer Lokalblatt handelt, daß „mehr als die Hälfte der Seeschiffe, die sich derzeit auf den Weltmeeren bewegen ..... von (Thüringer) Zahnärzten über Schiffsbeteiligungen finanziert werden.“

Sie haben völlig recht, dies hat nichts „mit Klassenkampf machen“ zu tun. Bei Ihrem politischen Gegner würden Sie eine solche Polemik „Schüren von Sozialneid“ nennen, damit lägen Sie sicherlich ganz richtig.

Was glauben Sie, wem glaubt der/die Patient/in (Wähler/in) mehr? Dem, der für

## ZSE entspricht BSE = Zahnarztwahnsinn!

ihn/sie eine anonyme Berufsgruppe, die als einzige ihre Bezüge selbst festlegt, ist oder seinem/seiner vertrauengenießenden behandelnden Zahnarzt/ärztin? Ich persönlich denke, daß Sie mit solch flachen Pauschalverurteilungen schlecht beraten sind.

Ihr Interview und meinen Brief erlaube ich mir, im Maiheft des „Thüringer Zahnärzteblattes“ allen Kolleginnen und Kollegen zur Kenntnis zu geben. Gleichzeitig lege ich diesem Brief eine fundierte Argumentation der KZBV über die Entwicklung der Einkommensverhältnisse der deutschen Zahnärzte bei. Falls nach dem Lesen Ihrerseits Interesse besteht, über die speziell Thüringer Einkommensverhältnisse von Vertragszahnärzten zu sprechen, bin ich dazu jederzeit gern bereit.

Bis dahin verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

*Dr. K.-H. Müller*

Wie in der Aprilausgabe des Fachmagazins für Complementary-Medizin (Co'Med) zu lesen steht, sind Zahnärzte, die Amalgam verarbeiten, proportional zu der Zeit ihrer Berufsausübung zunehmend geistig behindert. Dies äußert sich in Verhaltensstörungen, motorischer Behinderung und eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kritikfähigkeit.

Nach fünf Berufsjahren liegt der durchschnittliche Behinderungsgrad bei 13 % und Extremwerte bei 39 %. In Deutschland darf sich jeder Zahnarzt dank höherer MAK-Werte doppelt so stark belasten.

Endlich ist die Erklärung für die Uneinsichtigkeit und Halsstarrigkeit einer Berufsgruppe gegen alle Versuche

der Politik und Kassen, die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu senken, gefunden.

Mehr noch, durch den Schiedsspruch zum Datenträgeraustausch ist es für die Krankenkassen nun ganz leicht, anhand der durch die KZV zu liefernden Zahnärztdaten den Schweregrad der Behinderung, vor allem von standespolitisch tätigen Zahnärzten, festzustellen.

Dank sei Amalgam!

Eigentlich verstehe ich nun nur noch nicht, warum die Krankenkassen Amalgam durch Kunststoff ersetzen wollen!

*Dr. K.-H. Müller*

