

Ausgabe

10/11

Mittwoch

9. März 2011

Einzelpreis € 1,50

ISSN 2190-9997

www.dzw.de

# Die Zahnarzt Woche **DZW**

Unabhängige Wochenzeitung für Zahnarzt und Dentalmarkt

■ KZBV-Vorstandswahlen:

Vier Kandidaten  
für drei Posten

■ Dentista-Club-Umfrage:

Trenderhebung sieht  
„Oscar“ für digitales Röntgen

■ In puncto Abrechnung:

Retinierte Erstattung  
wegen Unkenntnis?

■ Belastungsprotokolle:

Sofort- oder Frühbelastung  
im posterioren Oberkiefer

■ IDS-Neuheiten:

Aktuelle Informationen zu  
Produkten und Unternehmen

## Sorgfältige klinische Funktionsanalyse und deren strukturierte Auswertung ist das A und O

Bei Diagnostik und Therapie cranio-mandibulärer Dysfunktionen ist interdisziplinäre Zusammenarbeit Grundlage des Erfolgs – Interview mit Priv.-Doz. Dr. Oliver Ahlers, Generalsekretär der DGFDT

Patienten mit Schmerzen und Funktionsstörungen des Bewegungsapparats im Allgemeinen und des cranio-mandibulären Systems (CMS) im Besonderen stellen hohe diagnostische und therapeutische Anforderungen an verschiedene medizinische Disziplinen und Berufe. Dabei spielt der Zahnarzt bei den cranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) eine besondere Rolle, wobei er aber sehr oft die Probleme nicht alleine zu lösen vermag.

Um die DZW-Leserinnen und -Leser mit dieser Materie vertraut zu machen, hat unser Redaktionsmitglied Dr. Karlheinz Kimmel ei-

nen der bekannten und anerkannten Experten auf diesem Fachgebiet befragt: Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) und Gründer des CMD-Centrums Hamburg-Eppendorf mit dem Schwerpunkt zahnärztliche Funktionsdiagnostik, Kiefergelenk- und interdisziplinäre Schmerztherapie. Einer der Anlässe für diesen DZW-Dialog war auch die Kontroverse zweier CMD-„Lager“ in *Journal of the American Dental Association* [1 bis 3].

**DZW:** Bis vor einigen Jahren waren die cranio-mandibulären Dysfunktionen für Zahnärzte und andere Ärzte ein „Buch mit sieben Siegeln“. Seit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik (AGF; 2007 umbenannt in DGFDT) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat sich dies geändert, und Zahnärzte bemühen sich, die Diagnostik und Therapie von CMD auch in der Praxis zu verbessern. Wie kam dieser positive Sinneswandel zustande?

**Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers:** Verantwortlich hierfür sind gleich mehrere Gründe. Die Jahrestagung der DGFDT ist mittlerweile eine Institution und in den vergangenen Jahren immer besser besucht. Neben dem wissenschaftlichen Programm stellen dort Kollegen im Praxisforum und in den Praxisseminaren Behandlungstechniken und Fälle vor. Einen weiteren Schub hat die Einbindung der Physiotherapeuten mit einem eigenen Physiotherapieforum gegeben. Hinzu kommen das CMD-Curriculum der APW, der Akademie Praxis und Wissenschaft, sowie jene der Zahnärztekammern Hessen und Hamburg, der Masterstudiengang in Greifswald sowie weitere Angebote. Interes-



Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) und Gründer des CMD-Centrums Hamburg-Eppendorf.

senten haben dadurch heute sehr gute Möglichkeiten, ihr Wissen in diesem Bereich zu aktualisieren, und das fließt dann natürlich in die Praxen ein. Hinzu kommt das seit der DGZMK-Präsidentschaft Prof. Georg Meyers gestiegene Bewusstsein für die Anbindung an die Medizin; hier bildet die Diagnostik und Therapie von CMD eine der wichtigsten Schnittstellen.

**DZW:** Der Untertitel Ihres CMD-Centrums Hamburg-Eppendorf lässt erkennen, dass es auch um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Fachrichtungen geht. Wer ist da alles involviert?

**Ahlers:** Im Grunde setzen wir die interdisziplinäre Tätigkeit der von mir über lange Jahre geleiteten universitären CMD-Sprechstunde fort. Daran beteiligt sind zum einen mehrere spezialisierte Zahnärzte und Physiotherapeutinnen. Hinzu kommt ein Facharzt für Orthopädie, ein Arzt für Psychoso-

(Fortsetzung auf Seite 3)

## BZÄK und KZBV begrüßen Verzicht auf Öffnungsklausel

Rösler kündigt seine Entscheidungen via Zeitung an – Kritik am Honorarzuwachs von 6 Prozent

Die Gebührenordnung für Zahnärzte kommt ohne Öffnungsklausel. Der echte Honorarzuwachs werde allerdings nur etwa 6 Prozent betragen. Statt über eine persönliche Information oder eine Pressemitteilung erreichte die Zahnärzte diese Botschaft des Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler über ein Interview in der *Ärzte Zeitung*. Die GOZ-Novelle werde sich aber zugleich nur auf die nötigsten Korrekturen am Leistungskatalog beschränken. „Lediglich Veränderungen durch die technisch notwendige Anpassung“ würden berücksichtigt, sagte Rösler.

Das entspricht einem Honorarzuwachs von rund 6 Prozent (geschätzt etwa 350 Millionen Euro) auf das aktuelle privat abgerechnete Honorarvolumen. (Nach den Zahlen aus dem aktuellen *Statistischen Jahrbuch 2009/2010* der Bundeszahnärztekammer für PKV-Vollversicherte, Zusatzversicherungen und Selbstzahlerleistungen inklusive Praxisgebühr ca. 5,7 Milliarden Euro jährlich, PKV allein 2,53 Milliarden Euro.) Darüber hinaus gehende Steigerungen beim Honorar im Zuge der Novellierung der GOZ seien „ausgeschlossen“, sagte Rösler der *Ärzte Zeitung*. Laut Rösler sei die jetzt gefundene Lösung ein „guter Kompromiss“. Der GOZ-Entwurf solle zügig vorgelegt werden, die neue GOZ könnte dann zum 1. Januar 2012 in Kraft treten, so die Länder im Bundesrat zustimmen.

Nach derzeitigem Stand wird mit dem Referentenentwurf für Anfang April gerechnet. Es sei unwahrscheinlich, dass das Papier noch vor den mit Spannung erwarteten Landtagswahlen in Baden-Württemberg (27. März 2011) vorgelegt werde, heißt es. Offen sei, wie der dann beschriebene Leistungskatalog aussehen werde und wie sich die vom Minister angekündigten 6 Prozent Honorarzuwachs dann tatsächlich errechneten.

Die Bundeszahnärztekammer begrüßt die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Rös-

Berücksichtigung der Kostensteigerung der letzten 23 Jahre. Der nun in Aussicht gestellte einstellige Honoraranstieg ist nach 23 Jahren Stillstand nicht hinnehmbar und widerspricht den Vorgaben des Zahnheilkundengesetzes sowie der Koalitionsvereinbarung“, so Engel weiter.

Engel und der BZÄK-Vorstand machten zudem deutlich, dass eine politische Verknüpfung der Kriterien „Öffnungsklausel“ und „Honoraranstieg“ „sachlich nicht gerechtfertigt“ sei. „Ein derartiges Tauschgeschäft wird es mit der Bundeszahnärztekammer nicht geben“, heißt es dazu im aktuellen *Klartext*.

„Eine GOZ-Novellierung zugunsten von Ausgabenbegrenzungen der Kostenträger und gleichzeitig zu Lasten der Honorare der Zahnärzte ist nicht sachgerecht und steht im Widerspruch zum Zahnheilkundengesetz. Die Bundeszahnärzte-

(Fortsetzung auf Seite 4)

## Sorgfältige klinische Funktionsanalyse und ...

(Fortsetzung von Seite 1)

symatische Medizin sowie mehrere Ärzte für Bildgebende Diagnostik mit 1,5- und 3-Tesla-Geräten, die man bisher nur in Sonderforschungseinrichtungen hatte.

**DZW:** Die gemeinsamen Stellungnahmen von DGZMK und DGFDT [4] sowie anderen Fachgesellschaften gehen davon aus, dass die diagnostische Kaskade mit einer klinischen Funktionsanalyse beginnt, gegebenenfalls ergänzt durch weitere manuelle instrumentelle und bildgebende Untersuchungstechniken. Gibt es im klinischen Bereich wesentliche technische Fortschritte?

**Ahlers:** Alle Untersuchungsverfahren haben ihre Stärken und Schwächen. Wichtig ist es daher, diese zu kennen, und die sinnvolle Reihenfolge einzuhalten. Nicht ohne Grund stellt die DGZMK-/DGFDT-Stellungnahme fest, dass die Klinische Funktionsanalyse die Grundlage der Diagnostikkaskade darstellt. Sie wird bei Bedarf erweitert durch eine ebenfalls nicht-instrumentelle Zusatzuntersuchung, die Manuelle Strukturanalyse.

Dabei handelt es sich um eine selbstständige Gruppe von Untersuchungen, die durch Buchveröffentlichungen in den vergangenen 20 Jahren in die Zahnmedizin Eingang gefunden hat. Nachdem Einzelne sie als Ersatz der klinischen Funktionsanalyse propagierten, zeigten Studien aus Holland, aber auch unsere „Hamburger Bauarbeiterstudie“, dass die manuelle Strukturanalyse eine sinnvolle Ergänzung der klinischen Funktionsanalyse ist. Dies steht so auch in der Stellungnahme der DGZMK/DGFDT zur Klinischen Funktionsanalyse aus dem Jahr 2003.

**DZW:** Gibt es auch im instrumentellen Bereich wesentliche technische Fortschritte gegenüber früheren Versuchen?

**Ahlers:** Im instrumentellen Bereich besteht die Hauptinnovation im Ersatz mechanischer durch elektronische Registriertechnik. Dabei können wir heute wählen

zwischen ultraschallbasierten Systemen (*Zebri JMA, KaVo Arcus-digma, SAM Axioquick*), optoelektronischen (*Freecorder Bluefox*) und nach dem Prinzip der Spannungsteilung aufgebauten (*Gamma Cadiax*). Wie in anderen Bereichen wird dabei die Auflösung und Wiedergabe immer besser; dazu zählt auch die Möglichkeit einer Wiedergabe der Daten.

Die an die verschiedenen Medizinprodukte gebundene Software bietet – verglichen mit dem klassischen Standard der 80er Jahre – beeindruckende Möglichkeiten, sich selbst und dem Patienten die Vorgänge am Bildschirm darzustellen. Dies verbessert das Verständnis und nach meiner Erfahrung auch die Compliance. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass instrumentelle Befunde nur im Kontext mit klinischen Funktionsbefunden aussagekräftig sind.

**DZW:** Inwieweit spielt hier die computergestützte Analyse und Bewertung eine Rolle?

**Ahlers:** Diese wird immer wichtiger. Prof. Dr. Holger Jakstat, Universität Leipzig, berichtete dazu in seinem DGFDT-Hauptvortrag 2009, dass mehr Daten durch die Evolution der elektronischen Registriertechnik noch keine intelligenteren Auswertung garantieren. Es bedürfe daher einer Weiterentwicklung der Verarbeitung jener Daten.

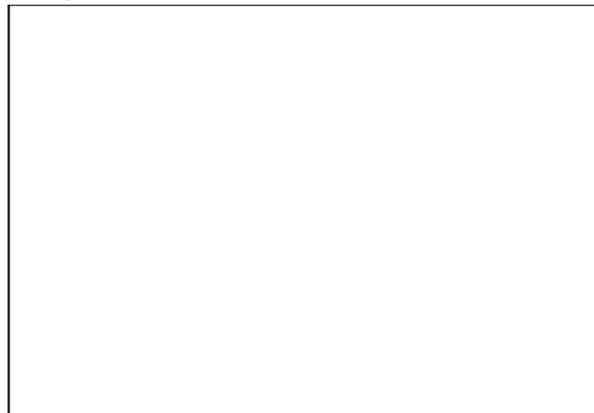
Jakstat erkannte dieses Problem schon früh – sowie die Möglichkeiten, die die Computertechnik hier bietet. Ende der 90er Jahre haben wir daher die Entwicklung einer Software für die Verarbeitung der Fakten zur CMD-Diagnostik eingeleitet; heute nutzen bereits 22 Universitätszahnkliniken diese Software in Forschung, Lehre und in der Krankenversorgung.

**DZW:** Welche Bedeutung hat denn die technologische Weiterentwicklung bildgebender Systeme für die CMD-Diagnostik?

**Ahlers:** In der bildgebenden Diagnostik ist die Bedeutung der tech-

nologischen Weiterentwicklung grundlegend. So ersetzt heute das Magnetresonanztomogramm (MRT) praktisch komplett die früheren Aufnahmetechniken nach Schüller, Parma und die invasive Arthrographie. Ohne Computertechnik wären zwei Nobelpreise ebneten den Weg dorthin. Das bedeutet allerdings nicht, dass bei jedem CMD-Patienten ein MRT erforderlich wäre. Prof. Alfons Hugger und Prof. Bernd Kordaß schildern in dem von Jakstat und mir herausgegebenen Lehr-

### Anzeige



buch [5] anschaulich unter Bezug auf amerikanische Empfehlungen die Indikationen. Auszüge kann man im Internet unter [www.dentaconcept.de](http://www.dentaconcept.de), Rubrik Bücher, nachlesen.

Deutlich gestiegen ist allerdings die Aussagekraft dieser Untersuchungen, erneut als Folge gesteigener Auflösungen neuer Geräte, aber auch durch zusätzliche pseudodynamische Untersuchungen. Hier konnte die Arbeitsgruppe um Prof. Andreas Neff den diagnostischen Wert jener Untersuchungen nachweisen. Voraussetzung ist erneut eine sorgfältige klinische Funktionsanalyse und deren strukturierte Auswertung.

**DZW:** Während zum Beispiel in den umfangreichen DGZMK/DGFDT-Stellungnahmen für die klinische und instrumentelle CMD-Diagnostik keine konkrete Bewertung eines Verfahrens erfolgt, ist in den USA – vor allem wegen einer auch von der International Association

for Dental Research (IADR) und der American Association for Dental Research (AADR) anerkannten Leitlinie der American Academy of Orofacial Pain (AAOP) [6] – ein heftiger Streit entbrannt. Hauptgrund war wohl, dass in einem Beitrag des amerikanischen CMD-Experten Greene das Konzept des neuromuskulären „Lagers“ angegriffen wurde, das auf der Anwendung bestimmter Apparate beruht, deren Effektivität – im Sinne der IADR/AADR/AAOP-Leitlinie – bezweifelt wird. Sind die Verhältnisse hier

und in den USA so verschiedenartig? Oder gibt es in Deutschland auch unterschiedliche Richtungen? Der zuvor genannte Autor ist übrigens in der DGZMK/DGFDT-Literaturliste nicht benannt.

**Ahlers:** Die Stellungnahme kenne ich natürlich, sinngemäß ist diese Position auch schon von Mohl et al. 1990 im *Journal of Prosthetic Dentistry* veröffentlicht worden [7], aber es gibt hier auch entgegengerichtete Publikationen. Bei der von Ihnen angesprochenen Leitlinie muss man in der Tat berücksichtigen, dass es in den USA insgesamt zehn Fachgesellschaften für den Bereich der Funktionsdiagnostik und CMD-Therapie gibt. Diese sind in einer „American Alliance of TMD-Organisations“ zusammengeschlossen.

Die Stellungnahme hat von denen aber nur die AAOP herausgegeben, und diese Fachgesellschaft konzentriert sich nach ihrer Umbenennung auf orofazialen Schmerz

Dabei wird dann gerade hierzulande leicht missverstanden, dass ein Teil der CMD-Patienten im Laufe der Zeit unter chronischen Schmerzen leidet. Und diese sind natürlich auch als solche mit den Mitteln der Medizin zu behandeln.

Den wesentlichen Dissens sehe ich daher nicht in der Bewertung einzelner Untersuchungsverfahren, zumal diese in Abhängigkeit von der Berücksichtigung einzelner Studien durchaus verschieden ausfallen kann. Die Trennlinie verläuft vielmehr zwischen jenen Kollegen, die Dysfunktionen gar nicht beachten oder ad hoc durch prothetische Maßnahmen zu behandeln versuchen, und jenen, die schrittweise untersuchen und unnötige invasive Therapien in der Behandlung craniomandibulärer Dysfunktionen vermeiden.

In unserer Einrichtung, in die überwiegend andernorts zuvor erfolglos behandelte Patienten überwiesen werden, kommen restaurative Maßnahmen nur bei 10 Prozent der CMD-Patienten zum Einsatz, und dann auch erst nach Stabilisierung der Funktion. Dafür setzen sich nicht-invasive Behandlungstechniken zum Ersatz verlorengangener Zahnhartsubstanzen zunehmend durch. Hierzu haben wir jüngst verschiedene Beiträge publiziert, diese können sich Interessenten von unserer Website unter [www.cmd-centrum.de](http://www.cmd-centrum.de) im Bereich Presse als PDF herunterladen.

Aus gutem Grund zieht sich insofern durch die Stellungnahmen der DGFDT seit deren ersten Fassung aus dem Jahr 1999 wie ein roter Faden der Hinweis, dass die Reihenfolge der diagnostischen Kaskade einzuhalten ist, mit der klinischen Funktionsanalyse als Grundlage und bei Bedarf zusätzlich durchzuführenden weiterführenden Untersuchungen vor jeder Therapie. Auch in der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde durch die DGZMK ist dies so dargestellt, und die Bundeszahnärztekammer hat unter meiner und der Mitwirkung meines Vorstandskollegen Dr. Matthias Lange in der Honorarordnung für Zahnärzte diese Systematik 2010 neu abgebildet. Insofern hat die

DGFDT ihre Schularbeiten gemacht und wird als Nächstes alle Stellungnahmen sowie den veralteten Funktionsstatus turnusgemäß aktualisieren.

**DZW:** Gibt es, um sich für die eigene Praxis über die Entwicklung in diesem speziellen Fachgebiet zu informieren und dabei auch selbst aktiv werden zu können, zum Beispiel ein spezifisches Software-Konzept?

**Ahlers:** Zu einem weit verbreiteten Standard hat sich hier die von Jakstat und mir entwickelte Software für die Klinische Funktionsanalyse, *CMDfact* entwickelt. Diese verfügt mittlerweile über eine Schnittstelle zur Anbindung von Erweiterungsmodulen. So ermöglicht *CMDmanu* die Dokumentation und Auswertung der Manuellen Strukturanalyse nach einem modernisierten Konzept. Neu hinzugekommen ist *CMDtomo*, ein Modul für die Erfassung und Auswertung magnetresonanztomographischer Befunde durch den behandelnden Zahnarzt.

Die eigentliche Innovation liegt dabei in der Integration der Ergebnisse aus den verschiedenen Untersuchungen in einer Software. In einem gemeinsamen „Diagnose-Pilot“ werden hier die Befunde aus den verschiedenen Untersuchungen zusammengeführt, nach Bedeutung gewichtet, den verschiedenen Diagnosen zugeordnet. Das Diagnoseschema wurde gemeinsam von fünf Hochschullehrern an fünf Universitätskliniken entwickelt – von Jakstat und mir, dem leider viel zu früh verstorbenen Prof. Freesmeyer in Berlin, Prof. Hugger in Düsseldorf und Prof. Meyer in Greifswald.

Alle diagnostischen Entscheidungen bleiben natürlich dem Zahnarzt vorbehalten und ermöglichen eine strukturierte Auswertung der Daten als Grundlage einer individuellen Therapie. Hinzu kommt eine konsequente Verknüpfung aller Befunde mit Videos, Bildern und Texten, die die Durchführung der Untersuchungen erläutern. Wer es noch genauer wissen möchte, findet ausführlichere Erläuterungen im da-

(Fortsetzung auf Seite 4)

## BZÄK und KZBV ...

(Fortsetzung von Seite 1)

Kammer bekräftigt ihre Forderung nach einer konsequenten Trennung von Liquidation und Erstattung“, so der BZÄK-Vorstand weiter.

Auch der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, äußerte sich ähnlich: „Dass das Bundesgesundheitsministerium von der Öffnungsklausel abrückt, ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Dass es nach über zwanzig Jahren nur eine marginale Honorarpassung geben soll, ist ein falsches Signal.“ Die Vermeidung einer Öffnungsklausel, die die Gebührenordnung zur Makulatur machen und ihre Schutzfunktion aushebeln würde, sei immer das zentrale Anliegen der Vertragszahnärzteschaft gewesen, so Fedderwitz weiter. „Aber es ist und bleibt ein Problem, wenn die Gebühren nach 23 Jahren Stillstand nur um sechs Prozent angehoben werden sollen. Die Zahnmedizin entwickelt sich dynamisch und bietet immer bessere Therapiemöglichkeiten. Eine dauerhafte Teilhabe der Versicherten am wissenschaftlichen Fortschritt ist aber zu Preisen, die auch zukünftig nur knapp über denen des Jahres 1988 liegen sollen, kaum machbar.“

In den Kommentaren aus der Zahnärzteschaft macht sich neben der Freude darüber, dass die Öffnungsklausel nicht kommt, die Enttäuschung über den niedrigen zu erwartenden Honorarzuwachs breit. Kurz nach der Veröffentlichung in der *Ärzte Zeitung* war Bundesgesundheitsminister Rösler zu Gast in Rheinland-Pfalz, wo er auch zu seinen GOZ-Plänen sprach. Entsprechend enttäuscht zeigten sich die anwesenden Zahnärzte. Die Nachricht, dass die nach 23-jähriger Nullrunde überfällige Steigerung des Punktwerts ausfällt, sei ein Schock, so der Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Michael Rumpf.

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) zeigte sich erleichtert, dass die Öffnungsklausel nicht kommen soll, war aber

ebenfalls vom angekündigten Honorarzuwachs „sehr enttäuscht“, so der Kammerpräsident Prof. Dr. Christoph Benz. Walter Wanninger, Co-Referent Honorierungssysteme der BLZK, wies darauf hin, dass auch die Beschäftigten in den Zahnarztpraxen an den allgemeinen Lohnsteigerungen teilhaben wollten: „Das Honorarplus, über das Bundesgesundheitsminister Rösler offenbar nachdenkt, haben wir längst an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben.“ Wanninger wies auch darauf hin, dass die GOZ im Jahr 1988 bereits rund 10 Prozent unter dem Honorarniveau von 1965 lag. „Es gibt keinen anderen Beruf, der so lange auf einen Honoraranstieg warten muss wie die Zahnärzte“, so Wanninger.

Der Vorstandsvorsitzende der KZV Niedersachsen, Dr. Jobst-Wilken Carl, begrüßte Röslers Entscheidung zur Öffnungsklausel, verwies aber auch auf die ausbleibende wirtschaftliche Anpassung der GOZ: „Eine weitere Folge der ‚Öffnungsklausel‘ wären Dumpingpreise gewesen, die sich nicht mit dem in Deutschland üblichen Qualitätsanspruch vereinbaren lassen“, so Carl. Die jetzt in Aussicht gestellte „technische Anpassung“ der GOZ bleibe jedoch weit hinter den Erwartungen zurück. „Der wissenschaftliche Fortschritt und die sich dynamisch entwickelnden Therapiemöglichkeiten in der Zahnmedizin können nicht zu Preisen erbracht werden, die nur knapp über denen des Jahres 1988 liegen“, stellte Carl fest, und bekräftigte die Forderung nach einer angemessenen Anpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Noch offen ist allerdings alles für die Ärzte. Zunächst hatte die Bundesärztekammer gemeldet, damit sei die Öffnungsklausel auch für die GOÄ vom Tisch. Die Entscheidung gegen die Öffnungsklausel in der GOZ sei keine Vorgabe für die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), so Rösler in einem weiteren Interview mit der *Ärzte Zeitung* am Freitag vergangener Woche. ■

## Wettbewerb verbessert die Gesundheitsversorgung

### FVDZ in Westfalen-Lippe lehnt Monopolbildung im Bereich der Krankenversicherungen ab

„Die Forderung der Barmer GEK, private Krankenversicherer in ihrem Versicherungsangebot zu beschneiden, ist absolut abwegig und falsch“, hat der Landesvorsitzende des Freien Verbands deutscher Zahnärzte in Westfalen-Lippe (FVDZ-WL),

dem Gebiet der Zusatzversicherungen zu agieren.

Nach Auffassung des Freien Verbands in Westfalen-Lippe würde dies zum Verlust der modernen Versorgungsmöglichkeiten führen. „Wer dies fordert, unterstützt die

im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen eine große Chance zur Verbesserung der Patientenversorgung. „Die privaten Krankenversicherungen dürfen von diesem Wettbewerb nicht ausgeschlossen werden, da sie eine qualitative Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung bieten“, bekräftigt ZA Joachim Hoffmann, Pressesprecher des FVDZ-WL, die Forderung nach Wettbewerb. „Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen ist es, die Grundversorgung sicherzustellen, außerdem sollten sie die Möglichkeit haben, Zusatzversicherungen anzubieten. Diese müssen mit den privaten Krankenversicherungen gleichgestellt werden“, hält Hoffmann, der als Zahnarzt in Kirchhundem niedergelassen ist, es für richtig, das

Anzeige



ZA Markus Büssing, erklärt. Der in Gladbeck niedergelassene Zahnarzt reagiert damit auf die Äußerungen von Barmer-Chefin Birgit Fischer, Vollversicherungen nur noch von gesetzlichen Krankenversicherungen anbieten zu lassen und den privaten Krankenversicherungen lediglich zu erlauben, auf

Monopolbildung im Bereich der Krankenversicherungen und trägt somit zu einer Verstaatlichung des gesamten Gesundheitssektors bei. Dies kann nicht im Sinne der Versicherten sein“, so Büssing.

Der FVDZ sieht als größter unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband in Westfalen-Lippe

## Dritter Fortbildungstag im April in Gießen

### Azubi-Tag für Praxismitarbeiterinnen

Gießen, 9. April 2011: Für seinen dritten Azubi-Tag hat der Landesverband Ost des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. einen neuen Kooperationspartner gefunden. Medizinische, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte sowie Zahn- und Zahntechnikerinnen in der Ausbildung sind eingeladen, in der Gießener Berufsschule einen Fortbildungstag der besonderen Art zu erleben.

Jenseits des normalen Schulbetriebs erwartet die Auszubildenden ein vielfältiges Angebot mit Seminaren, Workshops, Unterhaltung und Gesprächen. So werden die Themen Datenschutz und Schweigepflicht in der Praxis, Perspektiven im Beruf sowie Hygiene und erfolgreiches Bewerben eingehend diskutiert und beleuchtet.

Ein Programm-Download finden Interessenten unter [www.vmf-online.de](http://www.vmf-online.de). ■

Angebot der gesetzlichen Krankenversicherungen auf den Bereich der Zusatzversicherungen auszudehnen. Der von Gesundheitsminister Rösler aufgezeigte Weg der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung sei ein idealer Einstieg in eine Zusammenführung der Versicherungssysteme.

Der FVDZ in Westfalen-Lippe fordert deswegen eine Versorgungsdiskussion im Gesundheitssektor. „Das Wohl der Patienten muss im Mittelpunkt stehen. Patienten, die eigenverantwortlich handeln und sich privat versichern, dürfen nicht zum Opfer der Regulierungswut gesetzlicher Krankenversicherungen werden, welche den Wettbewerb mit privaten Anbietern scheuen“, fordert Landesvorsitzende Büssing die Verantwortlichen in der Politik auf, der Forderung nach Verstaatlichung und Wettbewerbseinschränkungen eine Absage zu erteilen. Denn Wettbewerb trage nach Meinung des FVDZ in der Regel zur Verbesserung des gesamten Systems bei. Gebe es diesen Wettbewerb nicht, würden die Versicherten Nachteile zu spüren bekommen. ■

Die Woche 10-11/11



Vortragsprogramm auf der IDS 2011

Bernsteinkunst: Ausstellung in Köln

Kurzfilm: Tanzende Zähne laden zur IDS ein

## Sorgfältige klinische ...

(Fortsetzung von Seite 3)  
zu passenden Lehrbuch *Klinische Funktionsanalyse* [5].

DZW: Immer mehr wird einem wohl bewusst, wie sich die Zahnmedizin im Laufe der vergangenen Jahrzehnte als unmittelbarer Teil der Humanmedizin als Ganzem

entwickelt hat. Ihre Arbeit in diesem speziellen Bereich und unser Dialog sind dafür ein besonderer Beweis. ■

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag kann per E-Mail an [leserservice@dzw.de](mailto:leserservice@dzw.de) angefordert werden.