

# PN BERUFSPOLITIK

## „Mein Praxiskonzept: Festzuschuss plus Kostenerstattung“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf dem DGP-Jubiläumskongress in Dresden mit Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV

Fortsetzung von Seite 1

Sollten im Rahmen der Therapie an einigen Parodontien zusätzliche chirurgische Maßnahmen notwendig sein, könnte man sogar hier an eine reine GKV-Sachleistung denken. Wichtig ist aber, dass die wesentlichen Elemente mit einer Eigenleistung des Patienten belegt werden. Wir brauchen eine Festzuschussystematik, die verhindert, dass die Parodontaltherapie weiterhin nach dem 100 %-Gießkannenprinzip erfolgt. Die jetzigen Paro-Richtlinien bedeuten aber ohnehin schon einen Einstieg in die finanzielle Mitbeteiligung.

**PN** Das heißt also, dass Patienten, die regelmäßig ohne jeglichen Verdacht auf Parodontitis aus reiner Privatinitiative eine jährliche Dentalhygiene vornehmen lassen, nach Ihrem Modell auch entsprechend bevorzugt würden?

Richtig. In solchen Fällen würde ein Patient beispielsweise 30 oder 40 Euro an Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung erhalten. Der Bonus ist die Richtschnur. Das wäre ein Ansatz, viel früher als bisher intervenieren zu können. Wir hätten mehr leichtere als schwierigere Fälle und damit auch weniger Aufwand, damit weniger Kosten, dazu eine bessere Prognose.

**PN** Sehen Sie einen Widerspruch darin, dass eine moderne Paro-Therapie nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ablaufen sollte, jedoch der Großteil dieser Behandlung nicht mit der GKV abgerechnet werden kann?

Nein, ich sehe keinen Widerspruch. Wenn man eine moderne Therapie innerhalb der

GKV zu den jetzigen Sachleistungsbedingungen will, dann ist das nicht zu bezahlen. Und da es keinen Bereich in der zahnärztlichen Versorgung gibt, bei dem die Mitarbeit des Patienten so wichtig ist, ist der Patient auch in der Pflicht. Da ist auch die Diskussion überflüssig, ob Parodontalerkrankungen selbstverschuldet sind oder nicht. Sie sind auf jeden Fall selbst steuerbar. Bei Dialysepatienten oder Diabetikern erwarten wir auch eine auf die Krankheit abgestimmte Lebensweise. Warum nicht auch bei Parodontitispatienten?

**PN** Welches Praxiskonzept schlagen Sie vor, um die Abrechnungen für eine Paro-Behandlung mit dem GKV-Leistungskatalog zu vereinbaren bzw. wie würden Sie Selbstzahler motivieren?

Das ist ganz einfach: Festzuschuss plus Kostenerstattung. Diese zwei Elemente schaffen so ein hohes Maß an Transparenz, an Kostenersparnis und an Eigenentscheidung. Die eigene Leistung des Patienten ist mit dem Ergebnis der Therapie eng verknüpft. Ich bin sicher, dass das einen ungeheuren Motivationsschub bringt. Damit erhalten auch die Vorbehandlungsphase und die unterstützende Parodontitistherapie den ihnen gebührenden Stellenwert.

**PN** Im Bezug auf die Kostenerstattung vertreten Sie demnach den Standpunkt, dass diese für Einzelleistungen wählbar sein soll und nicht mehr, wie bisher, auch für den gesamten ambulanten Bereich gilt? Speziell auch im Bezug auf die PAR-Behandlung?

Wir Zahnärzte haben die gesetzliche Regelung, die Kostenerstattung auf den gesamten ambulanten medizinischen Versorgungsbereich zu beziehen, immer kritisiert. Jeder Patient hat seine individuellen Präferenzen, aber auch seine individuellen Krankheitsbilder. Eine Pauschalregelung hilft hier nicht weiter. Wer ein individuelles Paro-Problem hat, sollte auch gezielt die Kostenerstattung auf die Paro-Therapie fokussieren.

**PN** Vorhandene Versorgungsdefizite und -probleme bei notwendigen Parodontalbehandlungen können nicht im Rahmen des geltenden Systems der GKV beseitigt werden. Wie soll Ihr Vorschlag, ein befundorientiertes Festzuschuss-System, zur Lösung dieses Problems beitragen?

Ich meine kein befundorientiertes Festzuschussystem. Das geht beim Zahnersatz. In der Paro-Therapie ist der Befund nicht so weit differenzierbar. Daher rede ich hier von einem präventionsorientierten oder auch bonusorientierten Festzuschuss. Die Versorgungsdefizite haben wir eingangs ange-

sprochen. Bisher gab es bei den besonders schweren Fällen sicher eher eine Unterversorgung. Die BEMA-Neurelativierung kann hier nichts ausrichten.

**PN** Von der rasanten Weiterentwicklung in der Zahnheilkunde profitieren leider nur sehr wenige, vor allem wohl kaum GKV-Patienten. Sehen Sie eine Möglichkeit, modernste Zahnmedizin für eine breitere Bevölkerungsschicht zugänglich zu machen? Was schlagen Sie vor?

Da sind wir wieder beim Thema Festzuschuss. Denn bisher gilt: wer als GKV-Versicherter andere als Vertragsleitungen wählt, verliert seinen Leistungsanspruch und damit die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt. Im Bereich Zahnersatz wird das jetzt besser, in der Paro-Therapie könnte das auch so sein.

**PN** Es geht ja nicht darum, dass nur privat versicherte Patienten in den Genuss der optimalen Behandlung kommen, sondern

auch die gesetzlich Versicherten, die Wert auf sehr gute Zahngesundheit legen, es sich aber dennoch nicht leisten können. Mit intelligenten Lösungen zur Erwachsenenprävention können wir dem begegnen. Festzuschüsse in diesem Bereich sind da ein – wie ich finde – guter Weg. Bonussysteme sind ein gutes Beiwerk.

**PN** Wie sieht der neue PAR-Status aus?

Mit Verlaub: der neue PAR-Status gilt bereits seit 1. Januar

2004. Er ist längst eingeführt – und liegt in jeder Praxis.

**PN** Ist ein neuer PAR-Vertrag in Aussicht?

Nein. Es ist ein modernes Konzept vom Bundesausschuss erarbeitet. Das liegt aber in der Schublade oder besser gesagt: im Giftschrank. Denn es ist ein reines Sachleistungskonzept und nicht umsetzbar, weil viel zu teuer.

Fortsetzung auf Seite 10

ANZEIGE

### Waterpik: Inbegriff professioneller Prophylaxe. Seit über 40 Jahren. Weltweit.

#### 1962 Waterpik Octopus



Ingenieure von Waterpik entwickeln in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten die erste Munddusche. Bis zum heutigen Tag ist Waterpik die erfolgreichste und meistverkaufte Mundduschen-Marke der Welt.

#### 1979 Waterpik travel



Waterpik bringt die erste Reise-Munddusche auf den Markt. Dank Akku-Betrieb arbeitet sie netzunabhängig und ist daher überall einsetzbar. Neben elegantem Reise-Etui gehört ein separates Akku-Ladegerät zur Ausstattung.

#### 1988 Pik Pocket



Die erste Subgingival-Düse. Eine Spezialdüse mit kegelförmigem Aufsatz aus Weichgummi für Mundduschen von Waterpik. Sie ermöglicht die gefahrlose und einfache Verabreichung antibakterieller Lösungen in Zahnfleischtaschen.

#### 1996 Waterpik Sonic Speed



Mit einer neuartigen, elektronischen Schallzahnbürste revolutioniert Waterpik abermals die moderne Zahn- und Mundhygiene.

#### 2000 Waterpik Flosser



Waterpik präsentiert zum ersten Mal sein neu entwickeltes und patentiertes Gerät zur automatischen Plaque-Entfernung in den Zahnzwischenräumen.

#### 2002 Waterpik Tongue Cleaner



Als kleines, praktisches Zubehör zu Mundduschen. Ermöglicht erstmals die Säuberung der Zunge mit Wasserunterstützung von überbleibenden Belägen und damit die Beseitigung des Mundgeruchs.

#### 2004

Professionalität, die sich für Sie und Ihre Patienten bezahlt macht. In Deutschland exklusiv vertreten von:



#### PN Kurzvita



**Dr. Jürgen Fedderwitz**  
Amtierender Vorsitzender der KZBV

- geboren am 25.7.1950
- 1969–1974 Studium der Zahnmedizin
- Staatsexamen in Mainz
- seit 1980 niedergelassen in eigener Praxis
- seit 1994 Mitglied des Vorstandes der KZBV
- Vorstandsreferent für: Politische Kontakte, Haushalt und Finanzen
- Sonstige Ehrenämter: Vorsitzender der KZV Hessen

Fortsetzung von Seite 9

**PN** Ist eine neue Gebührenabrechnung für die Paro-Leistung geplant?

Nein, das ist im Moment nicht geplant. Die BEMA-Umrelationierung hat die Änderungen vorgenommen, die im bisherigen System noch machbar waren.

**PN** Werden Leistungen wie subgingivales Scaling und Root planing ordentlich honoriert? Nein, natürlich nicht. Aber was wird in der GKV schon ordentlich honoriert?

**PN** Werden chirurgische Leistungen abhängig von dem Gebiet (Frontzähne oder Seitenzähne) honoriert? Wie hoch wird oder ist die Honorierung von Leistungen, die im Recall vorgenommen werden (z.B. PAR-Befundung; Plaque-Diag-

für regenerative Verfahren, ebenso wie für mikrobiologische Tests oder auch professionelle Zahnreinigungen.

**PN** Sind Leistungen und Befunde wie Abdrücke des Gebisses und Anfertigung von Modellen noch angebracht? Nein. Sie werden aber auch nicht mehr verlangt.

**PN** Welchen Platz belegt die Paro-Behandlung gegenüber der gesamten zahnärztlichen Behandlung der Patienten? Gibt es Werte? Auch im Vergleich mit der gesamtmedizinischen Behandlung?

Die GKV gab im Jahre 2002 – das sind die letzten zuverlässig verfügbaren Zahlen – rund 11 Mrd. Euro für die zahnärztliche Behandlung aus. Davon entfallen auf die Paro-Therapie noch nicht einmal eine halbe Milliarde Euro. Im Vergleich zur

Wie eben gesagt: in 2002 waren es 400 Mio. Euro.

**PN** Ist es Ihnen bekannt, wie viele Fälle werden nur konservativ (Scaling & Root planing) behandelt und wie viele chirurgisch?

Da wir im alten PAR-Vertrag mit der P 200 eine reine Komplexgebührenposition hatten, hatten weder die KZVen noch die KZBV einen Anhaltspunkt über die Zahl der konservativ bzw. chirurgisch behandelten Fälle. Für beide Varianten galt dieselbe Position, ja sogar dieselbe Bewertung. Schätzungen sagen allerdings aus, dass auf keinen Fall mehr als 10% aller Fälle chirurgisch angegangen werden – eher weniger.

**PN** Welche chirurgische Technik wird am häufigsten durchgeführt?

Ich gehe davon aus, dass das der modifizierte Widmann-Lappen ist – nach wie vor.

**PN** Wie hoch ist die Anwendung adjuvanter Therapie (lokal oder systemisch verabreichte Antibiotika bei der Parodontalbehandlung) im Rahmen der Paro-Behandlung?

Auch das wissen wir nicht. Da es bisher keine Kassenleistung war – sicher eher gering.

Das ist auch gut so, weil niemand die Antibiotikatherapie als Ersatztherapie zu konventionellen Methoden will. Seit Jahresbeginn ist eine adjuvante systemische Antibiotikatherapie im Rahmen der GKV unter bestimmten Voraussetzungen erbringbar. Lokale Maßnahmen bleiben glücklicherweise nach wie vor außen vor.

**PN** Welches Antibiotikum wird am meisten verabreicht als Adjuvanz?

„Das“ Antibiotikum gibt es nicht. In der lokalen Therapie ist einiges in der Entwicklung, manches leider schon wieder vom Markt. In der systemischen Therapie gelten die Winkelhoff-Empfehlungen immer noch.

**PN** Herr Dr. Fedderwitz, vielen Dank für das Interview. ☒



Auf dem DGP-Kongress in Dresden erläutert Dr. J. Fedderwitz sein Festzuschussmodell zur Stärkung der Patienten-Eigenleistung.

nostik und Indices, professionelle Zahnreinigung, Remotivation etc.)?

Ja, der Bundesausschuss hat eine Differenzierung ebenso vorgenommen wie zwischen geschlossenen und offenen chirurgischen Verfahren. Sonst wäre aus der potenziellen Unterversorgung schnell eine Quasi-Nichtversorgung geworden. Recall-Leistungen – sie werden jetzt in der „unterstützten Parodontitis-Therapie“ erbracht – sind nach wie vor reine Privatleistungen. Grundlage ist die GOZ. Das gleiche gilt

Morbiditätsrate ist das ein krasses Missverhältnis. Das sagt wohl alles zum Stellenwert.

**PN** Wie viele Zahnärzte gibt es in Deutschland niedergelassen und mit Kassenzulassung? In 2002 hatten wir knapp 55.000 niedergelassene Vertragszahnärzte.

**PN** Wie hoch sind die finanziellen Ausgaben der Kassen für Paro-Behandlung? Wie hoch für die gesamtzahnärztliche Behandlung?

## DGZI-Studiengruppenleitertreffen in Berlin

Fachlicher Informationsaustausch und Gespräche über zukünftige Verbandsarbeit

Am 28. August 2004 trafen sich auf Einladung des Vorstandes die Studiengruppenleiter der DGZI. Ziel des Meetings war es, im Hinblick auf die künftigen Vorhaben der DGZI den Kurs des Vorstandes mit den Studiengruppenleitern abzustimmen.

Das Studiengruppenleitertreffen am letzten Augustwochenende in Berlin hatte verschiedene Funktionen. Zum einen ging es darum, die Studiengruppenleiter über die umfangreichen Aktivitäten der DGZI auf fachlichem Gebiet zu informieren, zum anderen war das Treffen eine der seltenen Gelegenheiten, bei der die Studiengruppenleiter die Möglichkeit hatten, ihre Vorstellungen von der Verbandsarbeit gemeinsam mit dem Vorstand zu diskutieren.

In seiner Begrüßungsansprache ging DGZI-Präsident Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach auf die Grundzüge der

Politik des DGZI-Vorstandes ein und legte seine Vorstellungen über ein von Kameradschaft und Kollegialität geprägtes Miteinander innerhalb der DGZI dar, bei dem insbesondere die Studiengruppen als ein entscheidendes Element der Basisarbeit der ältesten europäischen implantologischen Fachgesellschaft eine entscheidende Rolle spielen. So wird der DGZI-Vorstand künftig die Tätigkeit der Studiengruppen sowohl inhaltlich als auch materiell noch stärker mit dem Ziel unterstützen, den Mitgliedern aber auch interessierten Kollegen einen fachlichen Gedankenaustausch auf hohem Niveau auf regionaler Ebene zu bieten.

DGZI-Vize-Präsident Dr. Rolf Vollmer/Wissen, ging in seinem Vortrag auf die Historie der DGZI-Studiengruppenarbeit ein, die insbesondere seit Anfang der 90er

Jahre ein wichtiger Bestandteil der permanenten Fortbildungstätigkeit der DGZI wurde. Heute verfügt die Ge-



Blick in den Konferenzraum des DGZI-Studiengruppenleitertreffens.

sellschaft über 19 regionale Studiengruppen in Deutschland. Mit besonderer Freude

## Mehr Wahlfreiheit durch Festzuschüsse ab 2005

Zahnersatz bleibt Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2005 erhalten Patienten durch die Umstellung auf die „befundorientierten Festzuschüsse“ mehr Wahlfreiheit bei ihrer Entscheidung für den Zahnersatz. Gleichzeitig bleibt der Zahnersatz weiterhin Teil der gesetzlichen Krankenversicherung und der Umfang des Leistungsanspruchs für Patienten überwiegend erhalten. Das vom Bundestag am 1. Oktober 2004 verabschiedete Gesetz zur Regelung der Versicherung des Zahnersatzes sieht bereits zum Anfang des kommenden Jahres vor, sich bei der Berechnung der Kosten für den Zahnersatz künftig an einem Befund und nicht mehr wie bisher an der Art des verwendeten Zahnersatzes zu orientieren. Ein Befund ist zum Beispiel die Lage und Anzahl von fehlenden Zähnen bzw. der Grad des Zerstörungszustandes der zu versorgenden Zähne.

Der Unterschied zum derzeit noch gültigen System besteht darin, dass der Patient ab dem nächsten Jahr frei entscheiden kann, welchen Zahnersatz er wählt. Den Zuschuss seiner Krankenkasse behält er auch dann, wenn er sich aus der Fülle

der Möglichkeiten des modernen Zahnersatzes für eine höherwertige Versorgung entscheiden sollte. Zum Beispiel ging der Patient bei der Versorgung mit Implantaten bislang leer aus. Künftig zahlt die Krankenkasse also nicht mehr einen prozentualen Anteil eines Zahnersatzes, sondern einen „befundbezogenen Festzuschuss“.

**Einkommensabhängiger Beitrag**

Es wurde beschlossen, dass gesetzlich Versicherte ab 1. Juli 2005 für Zahnersatz einen prozentualen, einkommensabhängigen Beitragssatz in Höhe von 0,4 Prozentpunkten bezahlen, der allein von den Arbeitnehmern zu leisten ist. Dieser Beitrag wird mit dem im Gesundheitsmodernisierungsgesetz ab 2006 vorgesehenen zusätzlichen Beitragssatz von 0,5 Prozent für das privat aufzubringende Krankengeld zu einem einheitlichen Beitragssatz von insgesamt 0,9 Prozent zusammen eingezogen. Bezieher von Arbeitslosengeld II sind ebenso von der Erhebung des zusätz-



Ab nächsten Jahr kann über die Qualität des Zahnersatzes selbst entschieden werden.

lichen Beitragssatzes ausgenommen. Familienangehörige bleiben mitversichert.

**Krankenkassen zur Beitragssenkung verpflichtet**

Die gesetzlichen Krankenkassen sind jedoch gesetzlich verpflichtet, die durch diese Regelung entstandene Belastung von 0,9 Prozent als Beitragssenkung an die Versicherten weiterzugeben. ☒

Quelle: Initiative proDente e.V.

### PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

PN  
INFO

**Der Arbeitskreis Fachzahnärzte für Parodontologie informiert:**

Im vergangenen Jahr wurde bereits die Satzungsänderung beschlossen, um sich in einen Berufsverband zu wandeln. Damit öffnet sich dieser seit mehr als 25 Jahren bestehende Zusammenschluss der Parodontologen auch denjenigen Kollegen, die sich als Spezialisten der DGP oder in einer gleichwertigen postgraduierten in- oder ausländischen Ausbildung qualifiziert haben. Leider gab es danach einige juristische Hürden zu überwinden, bevor das zuständige Amtsgericht dieser neuen Satzung anerkennen wollte. Diese Hindernisse scheinen aber nun beiseite geräumt und Anfang 2005 wird eine konstituierende Mitgliederversammlung einberufen, zu der auch alle Spezialisten der DGP (und soweit bekannt auch die andernorts ausgebildeten) eingeladen werden. Es wird dort ein neuer Vorstand gewählt, der weitere – dringend notwendige – Aktivitäten forcieren muss. Dabei werden berufspolitische Fragen, wie sich beispielsweise der neue PAR-Vertrag in der Praxis bewährt hat, eine Rolle spielen und andererseits die nächsten Fortbildungsveranstaltungen vorbereiten. Über unsere bisherigen Fortbildungen, so zuletzt mit Professor Tonetti, lesen Sie auf unserer website [www.fachzahnarzte-parodontologie.de](http://www.fachzahnarzte-parodontologie.de). Themen und Referenten werden immer durch die Mitgliederversammlung bestimmt.

Info & Kontakt:

Dr. Klaus Höcker, Brandstr. 29, 45127 Essen, Tel.: 02 01/22 22 62, Fax: 02 01/20 77 69, E-Mail: [khoeh@paro-praxis.de](mailto:khoeh@paro-praxis.de), [www.fachzahnarzte-parodontologie.de](http://www.fachzahnarzte-parodontologie.de)

bote der DGZI noch engmaschiger werde.

Die Tätigkeit des wissenschaftlichen Beirates der DGZI war Gegenstand des Vortrages des 2. Vize-Präsidenten der DGZI, Dr. Roland Hille/Viersen. Dr. Hille konnte ein beeindruckendes Bild der langjährigen Aktivitäten des wissenschaftlichen Beirates aufzeigen, was sich u. a. in zahlreiche von der DGZI initiierten oder unterstützten nationalen und internationalen Forschungsprojekten niederschlägt. Zum Thema Medien und Marketing – Die Publikationen und Kongresse der DGZI im Dentalmarkt sprach Oemus Media-Vorstandsmitglied Jürgen Isbaner, Leipzig. Sein Vortrag spannte ausgehend vom internationalen Dentalmarkt den Bogen hin zur Markt- und Fortbildungssituation in Deutschland. Mit beeindruckenden Zahlen wurden die Aussagen untermauert

und machten so sehr anschaulich klar, dass die DGZI sich trotz sehr guter Positionierung auch immer wieder in einem sehr harten Konkurrenzumfeld behaupten muss. Dr. Rainer Valentin/Köln, Organisationsreferent der DGZI und Dr. Winand Olivier/Oberhausen, Fortbildungsreferent stellten das Fortbildungskonzept der DGZI in der Verbindung Curriculum, Kongresse, Symposium und Spezialistenausbildung vor, wodurch die DGZI über ein fachlich anspruchsvolles, anerkanntes und seit vielen Jahren bewährtes Angebot zur fachlichen Qualifizierung verfügt. Die Teilnehmer des Studiengruppentreffens waren von der ergebnisorientierten Arbeitsweise und der Atmosphäre der Berliner Veranstaltung sehr angetan. Für die künftige Arbeit der Studiengruppen dürfte Berlin deutliche Impulse gesetzt haben. ☒

# Hase und Igel der Gesundheitsreform

Die Online-Patientenakte läuft der elektronischen Gesundheitskarte voraus



Leonardo's Genitalien in Zukunft züchtig vom Chip bedeckt.



Die Rückseite der Gesundheitskarte wird mit dem europäischen Patientenausweis ausgestaltet.

(eb) Am 1. Januar 2006 soll planmäßig die neue Gesundheitskarte die bisherige Chipkarte ablösen. Da die Einhaltung dieses Zeitplanes schon jetzt in Frage gestellt wird, haben insgesamt fünf Betriebskrankenkassen (BKK) und die private Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) die Idee der elektronischen Patientenakte bereits auf ihre Weise online in die Tat umgesetzt. Seit 2002 bieten die BKK PwC, BKK Ernst & Young und die BKK kpmg eine Online-Patientenakte an, nach eigenen Angaben mit sehr guten Erfahrungen.

Bei regelmäßiger Datenpflege wird sogar mit der Rückerstattung der Praxisgebühr geworben. Zwar seien die Seiten gesichert und nur autorisierten Personen zugänglich, doch werden gewiefte Hacker vor diesen Toren halt machen? Sollte man doch lieber auf die Chipkarte warten? Wie kann man sich schützen vor Gefahren gegen Missbrauch des personenbezogenen Datenschutzes? Wer erhält Zugriffsrechte und wem werden sie verwehrt? Wer entscheidet darüber? Wie wird das technisch in Notfallsituationen re-

alisiert? Fragen, die auf jeden Fall noch vor Einführung der neuen Patientenakte geklärt werden müssen. Der Kernidee der konzentrierten elektronischen Patientenverwaltung liegt der Wille nach Vermeidung von teuren und zumeist unnützen Doppeluntersuchen zu Grunde. Auch soll die Mini-Datenbank vor Einnahme falscher Medikamente schützen und die Vorsorge generell verbessern. Zusätzlicher Vorteil der Online-Patientendatenbank gegenüber der Gesundheitskarte: Man kann sich per E-Mail an den nächsten Arzttermin erinnern lassen. Die Resonanz auf die Nutzung der online-Patientendatenbank ist sehr unterschiedlich. Die höchste Anwenderzahl, mehr als 50 Prozent ihrer Mitglieder, verzeichnen BKK PwC, BKK KPMG und BKK Ernst & Young. Im Vergleich, die Onlineakte der BKK Braun-Melsungen wird nur von 10 % ihrer Mitglieder genutzt. Bedenken in Sachen Datenschutz gibt es keine: „Die Sicherheit“, so Peter Klufmüller, Vorstandsvorsitzender von BKK PwC, BKK KPMG und BKK Ernst & Young, „ist vergleichbar mit dem von Onlinebanking. Der Versicherte bekommt einen geheimen Code und so lange dieser geheim bleibt, sind die Daten vor Missbrauch geschützt. Die Krankenkasse bekommt auch keinen Einblick in die Akte. Vom Bundesdatenschutzbeauftragten wurde dieses System als sicher beurteilt.“ Das sich die webbasierte Variante der Gesundheitskarte schneller verbreitet, als es der Zeitplan der Chipkarte vorgesehen hatte, ist nur zu verständlich, dass einige Krankenkassen dieser den Vorzug geben würden. Dennoch hält das Gesundheitsministerium an seinem Projekt fest. Selbst dann, wenn schon fest steht, dass eine flächendeckende Verfügbarkeit der Gesundheitskarte erst nach 2006 möglich sein wird. Der Termin 1.1.2006 ist vor allem schon aus dem Grund illusorisch, da viele Ärzte zunächst ihre vorhandene PC-Technik dem neuen System entsprechend anpassen bzw. aufrüsten müssen. Das ist natürlich mit zusätzlichem Zeit- und Kostenaufwand verbunden, der in der derzeitigen Situation nicht gerne investiert wird. Das von der Firma IBM geführte Industriekonsortium bit4health hat bereits vorgerechnet, dass wahrscheinlich herkömmliche

ISDN-Leitungen nicht für den immensen Datenaustausch ausreichen werden. Seit Sommer dieses Jahres läuft eine Testphase. Es soll demonstriert und getestet werden, wie die ersten Anwendungen der zukünftigen Telematikinfrastruktur und das E-Rezept genau aussehen und funktionieren. Angesichts der Größe des Projekts steigt die Skepsis bei vielen Ärzten. Es kursiert die Angst vor dem Chaos, was ja auch nicht ganz unbegründet ist. Die Erinnerung an das Debakel bei der versuchten Einführung der LKW-Maut ist noch nicht aus dem Gedächtnis verschwunden ...

**PN Kurznotiert**

**Neue Zähne in 30 Minuten**

Schwedische Wissenschaftler fanden eine Methode, die es ermöglicht, fehlende Zähne in einer Zahnarztsitzung zu befestigen. Eine CT-Aufnahme des Kiefers wird am Computer in ein 3-D-Bild umgewandelt. Anhand dieser Information wird die individuelle Prothese gefertigt. Die Methode eignet sich für Implantate, die alle Zähne im Ober- oder Unterkiefer ersetzen, vereinzelt auch für einzelne Zähne. Derzeit befindet sie sich noch in der Testphase. Es fehlen noch Langzeiterfahrungen. *Quelle: Zahn-online*

**Flourid-Salz gut für Zähne**

Speisesalz mit Flourid schützt vor Karies, so die Techniker Krankenkasse in Berlin. Daher sollte bereits beim Kauf auf Flouridhaltigkeit geachtet werden. Doch das Würzen von Speisen allein ist nicht ausreichend für eine optimale Kariesvorsorge. Sowohl Zahn- als auch Zahnfleischpflege sind nach wie vor unverzichtbar. *Quelle: lvz-online*

**Gummi gegen Zahnbelag?**

In einem Test wurden Herstellerversprechungen bezüglich der Reinigungswirksamkeit so genannter Zahnpflegekaugummis auf die Probe gestellt. Das Ergebnis: Nicht einmal 20 Prozent des Belages lassen sich „wegkauen“ und bei den Zahnzwischenräumen konnten nur sieben Prozent der vorhandenen Plaque durch Kauen weggeputzt werden. Zum Vergleich: Mit herkömmlichen Zahnputzen können mühelos 70 bis 90 Prozent der Plaque weggeschrubbt werden. *Quelle: Öko-Test*

ANZEIGE

## SCHLUSS MIT ROT-GRÜN!

Macht doch öfters mal blau!

**NEU!**

Tapered

Straight

**RENOVA™ RBM**

mit Innensechskant

- Lebenslange Garantie
- Für die überwiegenden Versorgungen ist nur 1 Schraubendreher (blau) nötig
- Gutschriften oder Umtausch ohne zusätzliche Kosten
- Erfahrene, kompetente, freundliche und motivierte Mitarbeiter
- Kurze Entscheidungswege
- Zuverlässiger Lieferservice
- 3% Skonto bei jeder Lieferung
- Teilzahlungsprogramm für Ihre Patienten
- Flexible & individuelle Paketangebote

**JETZT EIN- ODER UMSTEIGEN!**

Fax: +49 22 22 / 97 73 56

Bitte senden Sie mir weitere Informationen!

Bitte senden Sie mir ein Bestellformular!

Bitte besuchen Sie mich in meiner Praxis!

Fräsesadrede/Sitem.prel

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

PN 10/04

**LIFECORE**

BIOMEDICAL

Lifecore Biomedical GmbH

Jägerstr. 66 · 53347 Alfthor (bei Bonn)

+49 22 22 / 92 94 0 · 97 73 56

kundeninfo@lifecore.de · www.lifecore.de

**PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN**

**Zu der aktuellen Berichterstattung über die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte stellt die KZBV fest:**

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weist den Vorwurf, die Zahnärzteschaft trete in den Vorbereitungen zur Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte als Blockierer auf, entschieden zurück. Entgegen den Darstellungen in einzelnen Presseberichten hat die KZBV in sämtlichen Verhandlungen flexibel und kompromissbereit agiert. Auch bei den künftigen Verhandlungen sind die Zahnärzte weiterhin zur Kooperation bereit. Dasselbe erwartet die KZBV allerdings auch von den Krankenkassen. Schon in früheren Stellungnahmen hat die KZBV verdeutlicht, dass für die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte sowohl die Speicherung des E-Rezeptes auf der Karte als auch die servergestützte Lösung in Frage kommen müssen. Nach Ansicht der KZBV muss der Patient entscheiden können, auf welchem Medium das E-Rezept gespeichert und transportiert werden soll. Dies stärkt die Akzeptanz bei der Einführung der Gesundheitskarte in der Bevölkerung, die Patientensouveränität und die ordnungsgemäße Aushändigung von Medikamenten bei einem Systemausfall. Bei einer ausschließlichen Speicherung auf zentralen Servern wäre dies nicht möglich. Die KZBV zweifelt nach wie vor daran, dass der ehrgeizige Zeitplan zur Einführung der Gesundheitskarte eingehalten werden kann – dies unter anderem deswegen, weil es sich, entgegen der Darstellung des BMGS, eben nicht um eine erprobte Technik handelt.“

**KOMMENTAR**