



FORUM

88

25. Jahrgang, November 2006

Von Zahnärzten für Zahnärzte

# JHV in BERLIN

## Der DAZ hat gewählt

*Ergebnisse der  
DAZ-Jahrestagung*

Berlins unabhängige  
Zahnärzte e.V.



Klare  
Kursentscheidung

Außerordentliche  
Neuwahlen am  
16. September 2006  
in Berlin

15 Jahre  
Salz-Fluoridierung  
in Deutschland



[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)







# Dental Museum

---

## Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

**Dentalmuseum**

**Im Park 9b**

**04680 Zschadraß**



# Schmeckt natürlich

Reines Alpensalz aus Natursole  
mit Fluorid und Folsäure  
für eine gesündere Ernährung



**Bad Reichenhaller**

Natürlich gut für mich





# Editorial

## DAS FORUM LÄDT EIN ZUR DISKUSSION

Sehr geehrte Leser/innen!

Das DAZ-Forum ist eine Zeitschrift „von Zahnärzten für Zahnärzte“. Zahnärzte haben üblicherweise in ihren Praxen schon eine Menge zu tun und stehen dabei (wie Beschäftigte in vielen anderen Branchen auch) immer mehr unter Druck. Umso schwieriger wurde es in den letzten Jahren, für das Forum ehrenamtliche Autoren und Redakteure zu finden und Redaktions- und Erscheinentermine einzuhalten.

**... zur Auseinandersetzung über politische und fachliche Fragen sind auch alle Interessierten von außerhalb des Verbandes herzlich eingeladen**

Forum 88 wird aber wohl immer eine Ausnahme bleiben. Denn hier gab es nicht nur tage- oder wochen-, sondern monatelange Verzögerungen, mehrere der schon jahrelang engagierten Redakteure warfen das Handtuch, und so mancher Beitrag wurde mühsam erstellt, verändert, noch mal verändert – und schließlich nicht mehr gedruckt, da überholt.

Verursacht wurde dies durch die den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde entzweieende Kontroverse über Integrierte Versorgungsmodelle mit zahnärztlicher Beteiligung, von der bereits in der letzten Forum-Ausgabe reichlich zu lesen war. Dass der Streit die Redaktionstätigkeit schließlich ganz blockierte und über Monate jede Veröffentlichung verhinderte, war ein Schaden für den DAZ und ein Ärgernis für treue Leser. Zugleich war es eine Enttäuschung für diejenigen, die sich schon jahrelang für die Zeitschrift engagiert hatten. Schließlich gelang es auch Frau Dr. Annette Bellmann und weiteren Mitgliedern der Studiengruppe Berlin, die kurzfristig als Ersatzredaktion einsprangen, nicht, die Gegensätze zu überwinden und ein konsensfähiges Forum zu erstellen.

Der nutzlose Aufwand und die vielfältigen Frustrationen sollen nicht beschönigt werden. Allerdings sind sie auch kein Grund, zu resignieren. Die Entwicklung der letzten Monate ist nicht nur negativ zu sehen. Die Auseinandersetzung um die Integrierte Versorgung, die ein wichtiges Thema darstellt und sinnvoll, wenn nicht notwendig für einen Berufsverband wie den DAZ ist, hat – auf beiden Seiten – viele Mitglieder aktiviert. In der entstandenen Krise haben sich DAZler, die sonst nicht zur Redaktion gehörten, für das Forum stark gemacht und dazu beigetragen, dass es mit Inhalt gefüllt und gestaltet wurde. Und schließlich haben sich auch vergleichsweise viele Mitglieder nach Berlin zur Hauptversammlung aufgemacht, um ein Auseinanderfallen des Verbandes zu verhindern und ihm eine klare Ausrichtung für die Zukunft zu geben.

In dieser Zukunft wird es vermutlich im DAZ kontroverser zugehen, als man das bisher gewohnt war. Die Situation im Gesundheitswesen – und letztlich in unserer Gesellschaft überhaupt – ist von Jahr zu Jahr und von Reform zu Reform komplizierter geworden. Der DAZ hat kein einfaches Patentrezept anzubieten. Aber es gibt einige wichtige gemeinsame Grundüberzeugungen. Wie sie am besten umgesetzt werden können in einem Gesundheitswesen, das gekennzeichnet ist von Wettbewerbsbestrebungen, aber auch von Entsolidarisierung, staatlicher Überregulierung, auseinanderdriftenden Einkommensverhältnissen, Kommerzialisierung von Krankheit und Gesundheit und diversen weiteren widersprüchlichen Tendenzen, darüber sollte im DAZ verstärkt diskutiert werden – in aller Freundschaft.

Zu dieser Diskussion wie auch zur Auseinandersetzung über fachliche Fragen sind auch alle Interessierten von außerhalb des Verbandes herzlich eingeladen. Als Forum dafür bietet sich an –  
das DAZ-FORUM.

*Die vorliegende Ausgabe enthält die Mehrzahl der bereits länger vorbereiteten Beiträge, aber auch neue Berichte, die Sie über die aktuelle Entwicklung informieren. Inzwischen ist die nächste Forum-Ausgabe in Planung. Ihr Beitrag ist willkommen.*

Es grüßt Sie

*Irmgard Berger-Orsag  
DAZ-Geschäftsführerin*

**Redaktionsschluss für Forum 89:  
29.11.2006**





# Inhalt

## Jede Praxis muss ein eigenes Profil entwickeln

Inhalt	Seite
<i>I. Berger-Orsag:</i> Editorial	3
<i>I. Berger-Orsag:</i> Jede Praxis muss ein eigenes Profil entwickeln	4
<i>E. Riedel:</i> Der DAZ hat gewählt – Ergebnisse der DAZ-JHV	5
<i>U. Zibelius:</i> Das Modell Westfalen-Lippe – Integrierte Versorgung	7
<b>Leserbriefe:</b>	8
<i>A. Jäkel:</i> Der Markt ist in Bewegung geraten	8
<i>C. Schätze:</i> Antwort auf die Vorhaltungen von Herrn Dr. Jäkel	8
<i>E. Riedel:</i> KZBV im Kampf gegen Qualitätsmanagement und den Verlust der Glaubwürdigkeit	9
<i>W. Bulk:</i> Die Endodontie zwischen Stachanow und Hennecke?	10
<b>Leserbriefe:</b>	12
<i>N. Guggenbichler:</i> endo-Diskussion	12
<i>H. Hey:</i> Antwort auf den Leserbrief von Dr. Guggenbichler	12
<i>E. Jakobczyk:</i> Berliner Studiengruppe solidarisch mit Ärzteprotesten	13
<i>E. Riedel:</i> drei ... zwei ... eins ... Murks? Internetauktionen für zahnärztliche Leistungen	14
<b>Pressemitteilung</b>	
Zahnärzterverband DAZ warnt vor Verlust von Versorgungsqualität und zahnärztlicher Professionalität bei Billigzahnersatz	15
<i>A. Vahlenkamp:</i> Irrweg und Irrsinn in der Kinderzahnheilkunde	16
<b>Versorgungswerk Berlin –</b>	
Teilrechtsfähigkeit contra selbständige Körperschaft	
Standpunkt der Berliner DAZ-Studiengruppe (SG Berlin)	17
<b>buz aktuell</b>	
<i>H. Dohmeier:</i> Zur Zukunft des Berliner Versorgungswerks	18
<i>E. Reihlen:</i> Hohe Auszeichnungen für Dr. Hanns-Werner Hey – Was lange währt ...	20
<i>C. Schätze:</i> Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Entregelung ins Chaos?	20
<i>H. Staehle:</i> Adolph-Witzel-Medaille für Dr. Hey	
Ehrung von Prof. Dr. Marthaler	21
<i>H. Hey:</i> 15 Jahre Salz-Fluoridierung in Deutschland	22
<i>H. Schinkel:</i> Die Aktivitäten der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya weiten sich aus	23
<i>H. Hey:</i> Wo Geschicklichkeit den Mangel kompensiert – Beobachtungen in Kirgistan	26
<b>Termine</b>	28
Der DAZ stellt sich vor	29
BUZ – Berlins unabhängige Zahnärzte stellen sich vor	30
Kontaktadressen, Impressum	31

Eine schonungslose Analyse der gesundheits- und berufspolitischen Situation präsentierte DZW-Chefredakteur Jürgen Pischel als Gastredner bei der Herbsttagung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) in Berlin. Pischel, seit 30 Jahren in verschiedenen Funktionen und vor allem publizistisch im Dentalbereich aktiv, zog dabei weitreichende Schlussfolgerungen in Bezug auf die den Zahnärzten offenstehenden Handlungsoptionen.

Pischel sparte nicht mit Kritik an den zahnärztlichen Standesorganisationen, haben doch seines Erachtens die Kammern bei wichtigen Aufgaben versagt, sei es bei der Qualitätssicherung, Fortbildung, Spezialisierung, Integration der Dental Hygienists in das deutsche System, Weiterentwicklung der privaten Gebührenordnung und vielem mehr. Durch die nächste Reform werden die Kammern weiter an Bedeutung verlieren und nicht zuletzt Zuständigkeiten im Bereich der Privatbehandlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) abgeben. Diesen wiederum kommt immer mehr der Charakter eines Vertretungsorgans der Zahnärzte abhanden. Sie mutieren zum verlängerten Arm des Staates, vermittelt über hauptamtliche Vorstände, denen in erster Linie der Erhalt ihrer Macht und ihrer selbstbewilligten Saläre am Herzen liegt.

Von diesen Körperschaften haben laut Pischel die Zahnärzte im Land nicht allzu viel zu erwarten. Der Einzelne muss sehen, wie er mit den staatlichen Reglementierungen, den sinkenden Einkommen eines Teils der Bevölkerung, mit Konkurrenz durch in- und ausländische Billiganbieter und demnächst auch noch mit der Aufhebung aller Niederlassungsbeschränkungen zurecht kommt. Dabei wies Pischel sehr prononciert auf die keineswegs überwundenen Diskrepanzen zwischen Ost und West hin. Das neue Reformgesetz ist seines Erachtens völlig ungeeignet, die Ost-West-Unterschiede oder die finanziellen Probleme der GKV zu lösen.

Aber auch positive Seiten sieht Pischel in der aktuellen Reformen für die Zahnärzte: die Möglichkeiten der Berufsausübung werden vielfältiger. Jeder kann und sollte sich die ihm gemäße Organisationsform (ob Einzel- oder Groß-Praxis, angestellt oder selbständig, Versorgungszentrum oder Genossenschaft usw.) aussuchen und mit fachlicher Spezialisierung oder anderen Qualitäten für sich werben.

Ein eigenes Praxis-Profil entwickeln – durchaus. Möglichst im Austausch und in Kooperation mit Kollegen der eigenen und anderer Fachrichtungen. Und orientiert am Bedarf der Patienten. Hilfestellungen dafür gibt es – zum Beispiel bei DAZ und VDZM.

Irmgard Berger-Orsag  
DAZ-Geschäftsführerin



»Durch die Wahl ist nun die Marschrichtung für die nächsten zwei Jahre in ihren Grundzügen vorgegeben worden.«

# BERLIN September '06

## Der DAZ hat gewählt

### ERGEBNISSE DER DAZ- JAHRESHAUPT- VERSAMMLUNG



v.l.n.r.: Dr. Eberhard Riedel, Dr. Peter Nachtweh, Irmgard Berger-Orsag (DAZ-Geschäftsführerin), Dr. Celina Schätze, Steffen Schmidt, Winnetou Kampmann

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) hat durch die Wahl seiner Mitglieder anlässlich der diesjährigen Jahreshauptversammlung am 16. September in Berlin eine neu zusammengesetzte Vorstandsmannschaft. Ein Vorziehen dieser Vorstandswahlen um ein Jahr war erforderlich geworden, nachdem im vorherigen Vorstand eine bis her nicht gekannte Pattsituation bei fast allen anstehenden Fragestellungen entstanden war.

Als außerordentlich erfreulich für den DAZ muss es gewertet werden, dass so viele DAZler wie noch zu keiner früheren Jahreshauptversammlung nach Berlin gekommen waren, um über die zukünftige Richtung des Verbandes mitzubestimmen. Hieraus war eindeutig die Sorge der Teilnehmer abzuleiten, der DAZ könne durch eine fortgesetzte Zerstrittenheit wichtige Einflussmöglichkeiten oder gar seine Existenz insgesamt verlieren. Die Entscheidung dieser Hauptversammlung ist nun durch die starke Anteilnahme umso nachhaltiger zu bewerten.

In Berichten und ausgiebigen kontroversen Diskussionen vor der Stimmabgabe für den neuen Vorstand traten die unterschiedlichen Standpunkte noch einmal sehr deutlich zutage. Insbesondere zu der Frage, ob sich der DAZ offen zeigen soll für alternative Vertragsstrukturen parallel zu denen innerhalb der Selbstverwaltung, schieden sich die Geister in Pro und Contra. Das Pro-Lager, angeführt vom Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel, sah diese Entwicklung als konsequente Fortsetzung traditioneller DAZ-Politik, während das Contra-Lager, angeführt von Dr. Volkmar Lehrke, wegen einer befürchteten Schwächung der körperschaftlichen Strukturen und der innerkollegialen Solidarität grundsätzlich ablehnend blieb.

Was in vielen Verbänden oder Parteien völlig üblich ist, dass sich nämlich zwei oder mehrere Kandidaten um den Vorsitz bemühen, war in diesem Jahr für den DAZ ein Novum, was manchen erst eine Eingewöhnung in diese demokratische Normalität abverlangte. Viel einvernehmlicher konnten in früheren Jahren die Ziele und Politikhalte des DAZ abgesteckt



werden, sodass eine Kampfabstimmung nie nötig geworden ist. Auch die in anderen Verbänden durchaus übliche demokratische Praxis, eine Vorstandsmannschaft nicht pluralistisch, sondern mit Personen einer gemeinsamen Grundlinie zu besetzen, sorgte für einige Irritationen im DAZ. Die neue/alte Vorstandsscrew will daher sehr deutlich machen, dass sie nach Kräften die Vorstellungen und Sorgen ALLER DAZ-Mitglieder berücksichtigen will. So liegt dem Vorstand auch keinesfalls daran, bestehende Körperschaftliche Strukturen zu schwächen. Ganz im Gegenteil soll verstärkt versucht werden, eigene Politikinhalt über eigene Vertreter und Delegierte in den Körperschaften umzusetzen. Dieses Ziel verlangt jedoch intensive Mitarbeit aller interessierten Mitglieder in allen Teilen der Bundesrepublik.

## Der neue/alte Vorstand ist handlungsstark

Die Mitgliederversammlung entschied letztlich, die durch den Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel in den letzten drei Jahren eingeschlagene politische Richtung beizubehalten, und bestätigte ihn mit deutlicher Mehrheit im Amt. Frau Dr. Celina Schätze aus Berlin wurde als Stellvertreterin ebenso wiedergewählt wie Dipl.-Med. Steffen Schmidt aus Leipzig als Kassenswart.

Als neue stellvertretende Vorsitzende gewählt wurden Dr. Peter Nachtweh aus Berlin sowie ZA Winnetou Kampmann aus Berlin, der damit der erste Kieferorthopäde im DAZ-Vorstand ist. Somit setzt sich der neue Vorstand aus insgesamt nur noch fünf Mitgliedern zusammen. Dieses wurde von der Versammlung bewusst entschieden, um weitere Pattsituationen wie in der Vergangenheit zu vermeiden.

Durch die klare Entscheidung des Souveräns, der Jahreshauptversammlung, hat der DAZ nun eine besonders bestärkte und handlungsfähige Vorstandsrunde, bei deren Zusammenstellung, insbesondere in dieser kritischen Phase des DAZ, besonderer Wert auf die echte Bereitschaft der Vorstandsmitglieder zur aktiven Mitgestaltung gelegt wurde. Der Umstand, dass drei der fünf Vorstandsmitglieder aus Berlin kommen, ist auf die rege Verbandstätigkeit in der Hauptstadt zurückzuführen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit BUZ und der VDZM mit ihrer Berliner ‚Fraktion Gesundheit‘ wird durch diese personelle Entscheidung unterstrichen. Sicher ist es ein wichtiges Ziel, ein ähnlich intensives Schaffen wie in Berlin auch wieder in den anderen Regionen Deutschlands zu aktivieren, was dann natürlich in der Zukunft zu einer Repräsentanz dieser Regionen auch im Vorstand führen sollte.

## Verantwortungsvolle Mandate

Durch die Wahl ist nun die Marschrichtung für die nächsten zwei Jahre in ihren Grundzügen vorgegeben worden. Der neue Vorstand möchte an dieser Stelle jedoch unmissverständlich klar machen, dass er diese Grundsatzentscheidung nicht als Freibrief für eine

einseitige oder gar rücksichtslose politische Ausrichtung ansieht. Genauso wenig, wie wir etwa Verbandsziele angesichts zuwiderlaufender Bestrebungen in einzelnen Kammern und KZVen aufgeben werden, werden wir unsere Interessen und Grundsätze für möglicherweise nachteilige Entwicklungen auf dem wettbewerblich geprägten Gesundheitsmarkt opfern. Als eindeutige Anhänger des Solidarsystems fühlen wir uns den Strukturen der Selbstverwaltung ebenso verpflichtet wie der Solidarität mit der Kollegenschaft. Wir halten aber auch die Solidarität mit den uns anvertrauten Patienten für ein schützenswertes Gut, mit dem im Rahmen der Selbstverwaltung nicht immer adäquat umgegangen wird. Aus diesem Grund verfolgen und begleiten wir mit Interesse alternative Vertragsentwicklungen dort, wo diese sowohl für unsere Patienten als auch für uns Vorteile erkennen lassen.

Aus dieser Grundhaltung wird auch klar, dass diejenigen im DAZ, die auch weiterhin den Schwerpunkt ihrer Zielvorstellungen anders setzen, den Respekt des Vorstandes für ihre andere Einschätzung haben. Auch und gerade diese Mitglieder sind aufgefordert, ihre Ideen auch zukünftig mit der erforderlichen Ernsthaftigkeit und argumentativen Untermauerung in die Verbandsarbeit einzubringen. Nichts ist besser und befruchtender für den DAZ als ein fortgesetzter Wettstreit der Ideen, der in einem menschlich vertrauensvollen Rahmen stattfindet. Die Durchsetzung politischer Ziele verlangt in der Regel ein großes Maß an Nachhaltigkeit und Geduld und sollte niemals allein wegen einer anderen Mehrheitsentscheidung unterbleiben.

## Der Vorstand ruft zur intensiven Mitgestaltung auf

Der DAZ kann für die Kollegenschaft nur dann erfolgreich wirken und in der Standespolitik effektiv präsent sein, wenn die anstehenden Aufgaben von möglichst vielen Mitstreitern erledigt werden. Hier hofft der Vorstand auf Angebote zur Mitarbeit eines jeden Mitgliedes. Es gibt genügend berufliche Problemfelder, die sich beispielsweise aus dem Arbeitsalltag ergeben können, in denen sich jeweils eine eingehendere Aufbereitung der Zusammenhänge lohnt. Jeder, der einen Einzelbereich anpacken möchte und über seine Erkenntnisse berichten kann, leistet wertvolle Verbandsarbeit, die allen anderen Mitgliedern in ihrer Tätigkeit sehr nutzen kann. Auch die Redaktion des Forum, das ja nach wie vor unter dem Motto „Von Zahnärzten für Zahnärzte“ steht, ist langfristig an der Bearbeitung und Veröffentlichung solcher Spezialgebiete interessiert.

Auf der ersten Vorstandssitzung nach der Wahl wurde einvernehmlich beschlossen, dem in der Satzung verankerten DAZ-Rat wieder eine größere Rolle zukommen zu lassen. Dieses soll dadurch erreicht werden, dass dem DAZ-Rat ab sofort alle engagierten Funktionsträger im Verband als feste Mitglieder und Teilnehmer angehören. Damit sind zum einen alle Studiengruppenleiter gemeint und zum anderen alle die Funktionsträger in Kammern und KZVen, die dort den DAZ und seine Politik repräsentieren. Nur durch den wechselseitigen engen Austausch zwischen die-

sen in Verantwortung stehenden Personen und dem Vorstand kann eine im Sinne der Mitglieder des Verbandes fruchtbare Entwicklung stattfinden. Mehr als bisher will hier der Vorstand unterstützende Arbeit leisten.

## Erweiterung der QS-Projekt-Inhalte

Die zusammen mit der DAZ-Jahreshauptversammlung abgehaltene Hauptversammlung des ‚Projekts Qualitätssicherung‘ hat mit der Herausgabe der Checkliste für die gegenseitigen Praxisbesuche einen nächsten Schritt zur Erweiterung der QS-Inhalte getan. Mit dem Versand dieser Liste an die QS-Teilnehmer können damit die Praxisbesuche beginnen. Um die Teilnehmerzahlen dieses zwischenzeitlich rund laufenden und bewährten Projektes deutlich zu steigern, wird derzeit eine journalistisch aufbereitete Projekt-Darstellung für Zahnärzte erarbeitet, die dann in den führenden zahnärztlichen Publikationen erscheinen soll.

## Der DAZ unterstützt Differenzierungsmöglichkeiten der Niedergelassenen

Der DAZ benötigt für eine erfolgreiche Weiterentwicklung aber noch andere Aktivitäten. Um speziell jüngere Kolleginnen und Kollegen anzusprechen und an uns zu binden, brauchen wir besondere Angebote und Hilfestellungen, die diesen in ihrem Berufsalltag von spürbarem Nutzen sind. Die bald verfügbaren ersten Erfahrungen im Bereich der Integrierten Versorgung müssen dahingehend überprüft werden, inwieweit sich aus diesen Versorgungsverträgen, unterstützt durch ein kreatives Management für die beteiligten Praxen, ausreichend interessante Differenzierungsmöglichkeiten für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte ergeben. Da mit einer Ausdehnung dieser Strukturen auf viele Bundesländer zu rechnen ist und der DAZ dabei eine ideengebende zahnärztliche Führungsrolle übernehmen kann, hätten wir ein innovatives Angebot vorzuweisen, mit dem uns insbesondere wieder jüngere Kollegen als eine herausragende Orientierungs- und Beratungsinstanz für ihre eigene Praxisentwicklung wahrnehmen könnten.

Der Vorstand des DAZ bittet Sie um Ihr Vertrauen sowie um Ihre tatkräftige Mitarbeit, Ihre kreativen Anregungen und Ihre entschiedene Einflussnahme bei den zu bewältigenden Aufgaben. Wir werden alle Mitglieder intensiver als bisher über die Vorgänge im Verband und die jeweils anstehenden Probleme über Rundschreiben, über das Forum sowie über die e-group auf dem Laufenden halten. Bitte unterstützen Sie unsere Bemühungen nach Kräften.

Für den gesamten Vorstand  
Dr. Eberhard Riedel  
DAZ-Vorsitzender





## DAS MODELL WESTFALEN-LIPPE

# Integrierte Versorgung

*Während andernorts aktuelle Vorschläge und Projekte zur Integrierten Versorgung (IV) sehr heftig und kontrovers diskutiert werden, hat sich in Ostwestfalen-Lippe bereits im Juli 2004 eine Version der IV etabliert, die weitgehend unbemerkt von der zahnärztlichen Öffentlichkeit lautlos funktioniert.*

Damals trafen der Verband der zahnärztlichen Basisgruppen in Westfalen-Lippe e. V. (VZB-WL) und einige Betriebskrankenkassen der Region eine Regelung über die zahnärztliche Behandlung von Versicherten im Rahmen eines Sondervertrages. Das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen und die KZV Westfalen-Lippe waren vorab informiert und hatten keine Einwände gegen das Vorhaben geltend gemacht, was aus heutiger Sicht und in Kenntnis zahlreicher Widerstände gegen derartige Gruppenverträge bemerkenswert erscheint.

Ziel des abgeschlossenen Vertrages ist es, „durch eine übergreifende Versorgung von verschiedenen zahnärztlichen Leistungssektoren, sowie die gezielte und frühzeitige Hinzuziehung anderer Vertragspartner und die Nutzung von Präventivmaßnahmen die Versorgungsqualität der Patienten“ zu verbessern. „Durch die Erhöhung der Abrechnungstransparenz wird die Eigenverantwortung der Patienten / Versicherten gefördert.“

Die Teilnahme der Versicherten an diesem Projekt ist freiwillig. Sie erklären schriftlich auf einem Formblatt ihren Beitritt und gelangen auf diese Weise in den Genuss verschiedener Vorzüge über den bisherigen Leistungskatalog ihrer BKK hinaus: Zuschüsse für Professionelle Zahnreinigung (50 Euro jährlich), Metall- oder Keramikinlays (180 Euro), Bestimmung parodontaler Keime (100 Euro), Auffüllung parodontaler Knochendefekte (150

Euro), 50% Kostenübernahme für KfO-Behandlung auch bei Erwachsenen zur Minderung des prothetischen Versorgungsbedarfs; darüber hinaus verzichteten bisher einige der beteiligten Krankenkassen auf die Praxisgebühr. Hinzu kommen bestimmte Leistungserweiterungen ohne Selbstbeteiligung: die Entfernung harter Zahnbeläge zweimal im Jahr; die Gewährung endodontischer Behandlungen bis einschl. zum Siebener; die Kostenübernahme für Dreiviertelkronen. Erwähnenswert ist auch die ab Juli 2006 geltende Rücknahme einiger seit der Festzuschussregelung geltenden Indikationseinschränkungen bei Teleskopversorgungen. Einige der Zusatzleistungen werden nur unter bestimmten Bedingungen gewährt (z.B. der Zuschuss zu Inlays nur bei vorhandenen Metallkronen in unmittelbarer Nachbarschaft).

Die beteiligten Zahnärzte (z.Zt. immerhin ca. 300 aus Ostwestfalen-Lippe) verpflichteten sich gem. § 3 des Rahmenvertrages „zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten“. Im Falle von Einlagefüllungen gilt zudem eine 5-jährige Gewährleistung.

„Die Übernahme der Budgetverantwortung nach § 140 c SGB V ist nicht vorgesehen.“ „Die abgerechneten Leistungen für die Integrierte Versorgung als Gesamtpunktmenge werden daher das gesetzlich vorgeschriebene Budget nicht belasten.“ So legten es die Vertragspartner fest. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten. Die teilnehmenden Behandler erstellen eine Abrechnung, die sie dem Patienten – und der Krankenkasse als Zweitschrift – zwecks Abrechnungstransparenz – zukommen lassen.

Nach knapp 2 Jahren Erfahrung mit dem IV-Modell kommen die beteiligten Parteien unisono zu einer insgesamt positiven Beurteilung des Projekts.

Für die Patienten sind der Verzicht auf die Praxisgebühr, die allerdings ab Juli 2006 wieder gezahlt werden muss, und die Erweiterung der Kassenleistungen sicherlich ein starker Anreiz zur Teilnahme.

Die beteiligten Krankenkassen versprechen sich eine marktwirksame Profilierung gegenüber anderen Mitbewerbern und versuchen gesundheitsbewusste und anspruchsvolle Versicherte an sich zu binden. Gleichzeitig hegen sie die Hoffnung, dass

sich eine qualitativ hochwertige Therapie längerfristig auszahlt und zu einer reduzierten Inanspruchnahme kostenträchtiger Leistungen führt. Vereinzelt ist zu hören, dass bereits jetzt die IV-Patienten geringere Kosten als der Durchschnitt verursachen würden. Dafür fehlen uns jedoch bisher die Belege. Wenn es so wäre, könnte dies nach so kurzer Zeit kein Effekt von Prophylaxeangeboten oder hochwertiger Versorgung sein. Stattdessen wäre zu vermuten, dass an der IV ein ausgewähltes Klientel teilnimmt: Versicherte mit überdurchschnittlichem Gesundheitsbewusstsein und unterdurchschnittlicher Morbidität. Dr. Kromer weist noch auf einen anderen Zusammenhang hin: er erwartet eine kostenmindernde Wirkung von der Kostentransparenz für Krankenkassen und Patienten.

Nicht nur die BKK-Versicherten und Kassen, auch die Zahnärzte scheinen mit dem Erreichten zufrieden, erleben sie doch die lange geforderte Weiterentwicklung nicht mehr zeitgemäßer und verkrusteter Verträge mit Krankenkassen bei verbesserten Honoraren (höhere Punktwerte, außer bei ZE). Die finanziell attraktiven Zusatzleistungen machen sich auch für den jeweiligen Behandler positiv bemerkbar: die Bindung an die Praxis wird erhöht, die Gewinnung der Patienten für hochwertige, gut honorierte Leistungen wesentlich erleichtert.

Mit dem zum 1. Juli 2006 gültigen, leicht modifizierten Rahmenvertrag soll der integrative Charakter des Projektes deutlicher werden, indem weitere Arztgruppen und Physiotherapeuten mit eingebunden werden. Einwände gegen das Projekt, die von anderen Krankenkassen, die sich im Wettbewerb benachteiligt sehen, an das Landesaufsichtsamt für das Versicherungswesen herangetragen wurden, haben bislang keine einschränkenden Verordnungen zur Folge gehabt, und die Initiatoren des IV-Projekts sind zuversichtlich, dass Anfechtungen ihres Modells, die möglicherweise auf dem Klagewege angestrengt werden, keine Auswirkungen auf die getroffenen Verträge haben werden.

Dr. Ulrich Zibelius  
Lemgo

### Erratum

Im Editorial des Forum 87 wurde auf S. 3 die Integrierte Versorgung in Westfalen-Lippe angesprochen. Dabei lagen der Autorin falsche Informationen über die Anzahl der an diesem Vertrag beteiligten Zahnärzte und über die Beanstandungen durch die Aufsichtsbehörde vor. Zutreffend ist, dass bisher etwa 300 Zahnärzte an dem Modell teilnehmen. Die Vertragspartner sind im Gespräch mit der Aufsichtsbehörde und haben einen neuen Vertrag mit teilweise geänderten Bedingungen ausgehandelt, der seit Juli 2006 gilt.



## GEDANKEN UND ANMERKUNGEN ZUM IV-VERTRAG MIT DER AOK BAYERN

# Der Markt ist in Bewegung geraten

Auffallend ist zunächst die außerordentlich offene Art der internen Diskussion, die für eine bemerkenswerte Streitkultur innerhalb des DAZ spricht. Harte Diskussionsbeiträge werden im Forum als Pro und Kontra einander gegenüber gestellt. Respekt!

Die Vertragsparteien haben mit diesem Vertrag erkennbar die bisher als gültig angesehenen Grenzen für zahnärztliche IV-Verträge verschoben. Frühere Verträge mit Betriebskrankenkassen waren von der Aufsichtsbehörde nicht akzeptiert und von großen Krankenkassen z.T. auf dem Klageweg zur Aufgabe gezwungen worden.

Auch dieser Vertrag ist harten Diskussionen ausgesetzt. Trotzdem macht er klar, dass andere Faktoren als die zahnärztliche Berufspolitik die Spielregeln bestimmen. Während Kammerversammlungen kernig klingende Resolutionen beschließen – „Wir fordern ..., wir missbilligen ...“ etc – haben wichtige Player im Gesundheitswesen ihren Fokus auf realisierbare Ziele gerichtet. Sie haben verstanden, dass es keine „gerechten Honorare“ für alle geben kann, es sei denn, dass die Behandlungsqualität deren Höhe bestimmt.

Es gibt Tatsachen, an denen niemand vorbeikommt. Und wer immer zukünftig mitspielen will, darf sie nicht ignorieren.

- Es ist nicht genügend Geld da, um es beliebig mit der Gießkanne eines HVM über alle Vertragszahnärzte zu verteilen.
- Die Behandlungsqualität von Praxis zu Praxis ist dramatisch unterschiedlich.
- Gleiche Honorare für alle sind ungerecht und im Sinne einer notwendigen Qualitätsverbesserung kontraproduktiv.
- Die Möglichkeit, Qualitätsmerkmale werblich darzustellen, eröffnet erstmalig eine differenzierte Sicht auf die tatsächlich geleistete Behandlungsqualität in der Zahnheilkunde.
- Körperschaften kämpfen vor allem um ihren Selbsterhalt.

Hier setzt der IV-Vertrag zwischen AOK Bayern und der Managementgesellschaft „dent-iv“ immerhin ein deutliches Zeichen, das sicher nicht überall erwünscht ist. Schon deshalb wird die Diskussion mit harten Bandagen geführt.

Drei Hauptargumente werden von den Vertragsgegnern ins Feld geführt:

- Der Vertrag zerstört die Solidarität mit der KZV und anderen Zahnärzten
- Mangelnde Sicherheit bei Insolvenz der Abrechnungsgesellschaft
- Fehlende ernsthafte Qualitätssicherungsmechanismen

Der erste Einwand kommt von interessierter Seite. KZVen und ihren Protagonisten kann es nicht gleichgültig sein, dass sich Teile der Zahnärzteschaft verselbständigen und an ihnen vorbei besser dotierte Verträge mit einer Krankenkasse schließen. Die Schüsse aus dieser Richtung sind also zu erwarten gewesen, treffen aber nicht. Denn was hat die seit Jahrzehnten beschworene Solidarität der Zahnärzte jemals genutzt? Nichts! Sie war vielmehr ein Hindernis für die tüchtigen Berufskollegen, weil sie diese auf das selbe Honorarniveau festgelegt hat wie den – ich will mich hier sehr vorsichtig ausdrücken – weniger tüchtigen. Es ist auch gar nicht einzusehen, dass Zahnärzten, die höhere Qualitätsstandards selbst nicht bringen wollen und sich hinter der allgemeinen Kompetenzvermutung verstecken, Solidarität geschuldet werden soll.

Dem zweiten Einwand – mangelnde Sicherheit – kann durch sinnvolle Konstruktion der Abrechnungsgesellschaft und entsprechende Haftungsmechanismen begegnet werden. Wenn ein finanzstarker Partner die wirtschaftliche Führung der Managementgesellschaft in der Hand hat, dürfte es keine Probleme mit der Haftungsfrage geben. Sie darf dann nur nicht auf die Höhe des Gesellschaftskapitals begrenzt werden.

Das letzte Argument trifft allerdings das Fundament eines Vertrages, der zur verbesserten Behandlungsqualität beitragen soll. Hier werden von den Gegnern des bayrischen IV-Modells harte Vorwürfe erhoben. Im Einzelnen:

- Zugang zum Modell (20% der Zahnärzte) erfolgt nach Reihenfolge der Anmeldung, nicht nach Qualitätsgesichtspunkten
- Qualitätssicherung wird nicht gefördert, weil nur bei nachweislich schuldhaftem Fehlverhalten ein Regress in Frage kommt und zudem der Behandler ohnehin von einer längeren Garantie befreit ist, wenn er auf die Gewährleistungszuschläge verzichtet.

Beide Vorwürfe sind stichhaltig, weil ernsthafte Qualitätssicherung nicht im Belieben des einzelnen Vertragszahnarztes stehen darf, sondern klare Durchgriffsrechte seitens der Managementgesellschaft erfordert. Die Zugangsregelung muss klare Qualitätskriterien vorsehen. Und Garantien, wenn sie denn qualitätssichernd und -bestätigend sein sollen, müssen innerhalb ihrer Definition zwingend und nicht relativierbar sein. An dieser Stelle ist der Vertrag eindeutig zu weich.

Dies genau ist auch der Grund, der andere Krankenkassen derzeit zögern lässt, dem Beispiel zu folgen. Reelle Qualitätssicherung kann nicht über deklaratorische Textpassagen erreicht werden, sondern braucht ein solides Fundament.

Das stellt aber nicht IV-Verträge grundsätzlich in Frage, sondern kann durch saubere Qualitätssicherungsmerkmale als Basis eines Vertragswerks gelöst werden. Nicht Ethikerklärungen zählen, sondern klare, justitiable Verträge zwischen Praxis und Managementgesellschaft (MG) einerseits sowie zwischen MG und Kostenträger andererseits.

*Dr. Armin Jäkel  
Eckernförde*

## Antwort auf die Vorhaltungen von Herrn Dr. Jäkel bezüglich der Qualitätssicherung in dem IV-Vertrag

Der Qualitätsstandard, der dem Vertrag zu Grunde liegt, ist an den Regeln einer guten, soliden Versorgung orientiert. Leider ist das keine Selbstverständlichkeit im deutschen Praxisalltag, was jeder ehrliche und wohlmeinende Kollege wissen müsste und auch einräumen sollte. Die Funktionäre unseres Berufsstandes haben diese Mängel jedoch immer geleugnet und jedweden Verbesserungsbedarf in Abrede gestellt. Auch durch diese starre Leugnungshaltung sind wir in die bestehende Verteidigungssituation in der Gesellschaft gelangt.

In dieser Ausgangslage halte ich es für eine deutliche Verbesserung, sich auf bestimmte Grundwerte

zu verpflichten und dies öffentlich zu tun, wodurch schon eine gewisse Kontrolle gegeben ist. Weitere Kontrollinstrumente wie z.B. Patientenbefragungen sind in der Planung. Die erweiterten Gewährleistungszeiten sind durchaus eine „Durchgriffsmöglichkeit“ der Managementgesellschaft, da die Beziehung zwischen der Lebensdauer einer Versorgung und ihrer Herstellungsqualität wohl als unstrittig gelten darf. Dass es auch die Möglichkeit gibt, Leistungen außerhalb des IV-Vertrages zu erbringen, entspricht der Notwendigkeit, auch Kompromissbehandlungen und intermediäre Versorgungen durchzuführen.

Wenn es um „ordentliche“ Standards für die allgemeine Versorgung geht und nicht um Spitzentechnik und Spezialistentum, dann ist es nicht sinnvoll, Zugangshürden mit Qualifikationsnachweisen für IV-Berberberzahnärzte einzuführen. Die Verpflichtung auf den Vertrag sollte ausreichen. Wer in seiner Arbeit dann auffällig wird, kann ausgeschlossen werden oder er wird, wenn die Gewährleistung sich für ihn als unwirtschaftlich erweist, den Vertrag verlassen.

*Dr. Celina Schätze  
Stellv. DAZ-Vorsitzende  
Berlin*





## KZBV im Kampf gegen Qualitätsmanagement und den Verlust der Glaubwürdigkeit

Lange war es still um das ‚einrichtungsinterne Qualitätsmanagement‘, zumindest was offizielle Stellungnahmen der obersten Kassenzahnärzte bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) anbetraf. Diese seit zweieinhalb Jahren im SGB V verankerte Forderung an den stationären wie ambulanten Medizinbetrieb rief in gleicher Zeitspanne die versammelte Marketingindustrie auf den Plan, eine Einigung jedoch zwischen den Zahnärzten und den anderen Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über selbst die grundlegendsten Strukturen fehlt bis heute. Während teure Marketingkonzepte, zu Qualitätsmanagementprogrammen umetikettiert, wie Pilze aus dem Boden schossen und manch einem Zahnarzt außer einer stattlichen Betriebsausgabe nichts bescherten, verwendeten die zahnärztlichen Verhandlungsführer offenbar jede Energie, um zu erreichen, dass der Kelch der Qualitätssicherung insgesamt an der Zahnärzteschaft vorübergeht.

Neue Erkenntnisse über die von den zahnärztlichen Verhandlungsführern im G-BA angestrebten Ziele gibt es nun seit der letzten KZBV-Vertreterversammlung. Wie aus einem Bericht der DZW 25/06 zu entnehmen war, steht für den KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eber keinesfalls fest, ob bei der ‚internen Qualitätssicherung für Zahnärzte überhaupt Handlungsbedarf besteht‘. Mit schlichtem Verweis auf ‚die geltenden Richtlinien des zahnärztlichen Bereiches, die ja bereits eine Vielzahl fachlicher Qualitätskriterien enthalten‘, versteigt sich somit die KZBV einmal mehr zu der unglaublichen Theorie, dass sich der zahnärztliche Berufsstand um die Qualitätssicherung herumogeln könne.

In diesem Sinne nur konsequent erscheint die KZBV mit ihrer beharrlichen Ablehnung der Übernahme der Qualitätsmanagementrichtlinien im ärztlichen Bereich. Völlig im Widerspruch zu modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den zahlreichen Bestrebungen, die Zahnmedizin als einen untrennbaren Teil der Medizin zu verankern, ist sich die KZBV nicht zu schade, für ihre Ablehnung das Argument zu bemühen: ‚die Zahnheilkunde ist ein völlig selbstständiger Teil der Humanmedizin‘. Es geht der KZBV da-

bei insbesondere darum, die im ärztlichen Bereich angeprangerten und nach KZBV-Meinung ‚weit über das Ziel hinauschießenden Qualitätsmanagement-Kommissionen‘ zu verhindern, in welchem Zusammenhang auch den Krankenkassen Kontrollbefugnisse zugestanden werden. Vielmehr reicht es Eber, nur ‚grundlegende Mindestanforderungen festzulegen‘ und ‚den Kollegen ein praxistaugliches Grundkonzept an die Hand zu geben – mehr nicht!‘

Der ernsthafte Wille der KZBV, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen, das diesen Namen verdient und dem gesetzlichen Auftrag entspricht, darf nach dieser klaren Positionierung massiv bezweifelt werden. Immer noch scheint bei den obersten Kassenzahnärzten der Irrglaube vorzuherrschen, die Verhandlungsposition und das Ansehen der Zahnärzteschaft könnten durch diese kurzfristige Verweigerungshaltung verbessert werden. Was die KZBV offenbar tatsächlich fordert, ist nichts anderes als eine Art gesellschaftlicher Immunität für alle Zahnärzte. So absurd, wie es klingt, geht diese Zielsetzung gleich im doppelten Sinne an den Interessen der Zahnärzteschaft vorbei: Das Niveau der praktizierten Zahnheilkunde in Deutschland ist sicher besser als sein Ruf, auch wenn dieses offensichtlich nicht die Einschätzung unserer verantwortlichen Standesführer ist. Die meisten Zahnärzte brauchen daher einen Qualitätsbeweis ihrer Arbeit nicht wirklich zu scheuen, selbst wenn einige Ergebnisdefizite durch Qualitätsmanagement-Maßnahmen transparenter werden. Das ständige Versteckspiel in diesem Bereich weckt eher den Verdacht, vieles solle doch besser intransparent bleiben, während die Offenlegung das Vertrauen unserer Patienten, der Krankenkassen und der Gesundheitspolitik nur fördern würde. Nicht in der Abschottung liegt die Chance des Berufsstandes, sondern im ehrlichen Angebot von Transparenz.

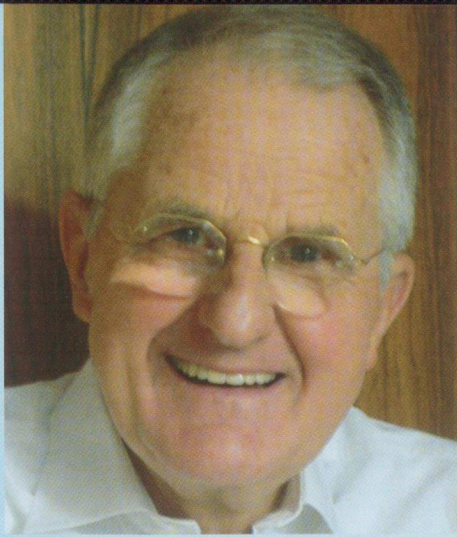
**»ES MUSS DAS GRUNDLEGENDE VERSTÄNDNIS REIFEN, DASS GLAUBWÜRDIGES QUALITÄTSMANAGEMENT FÜR DEN NIEDERGELASSENEN ZAHNARZT ÜBERLEBENSWICHTIG IST.«**

Zahnärzte in Deutschland haben aber auch weit mehrheitlich ein Interesse daran, dass die KZVen mit ihren kollektiven sektoralen Versorgungsverträgen noch möglichst lange erhalten bleiben. Genau dieser längerfristige Bestand starker KZV-Strukturen ist jedoch durch die Verweigerung eines glaubwürdigen ergebnisorientierten Qualitätsmanagements erheblich gefährdet. Bereits jetzt gibt es zahnärztliche Versorgungsverträge außerhalb der KZVen, in denen echte zahnärztliche Qualitätssicherung einen Marketingvorteil darstellt. Auch die KZVen können und sollten über Strukturverträge Versorgungsmodelle ins Leben rufen, in denen eine überprüfte Qualität der Behandlung Vertragsbestandteil ist. Genau davon würden dann sehr viele Praxen profitieren, die sich heute immer weniger als Einheitsanbieter von Einheitsleistungen zum Einheitspreis verstanden wissen wollen.

Zu diesem Zwecke müsste das grundlegende Verständnis reifen, dass glaubwürdiges einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den niedergelassenen Zahnarzt im bevorstehenden Wettbewerb mit Medizinischen Versorgungszentren und anderen Versorgungsformen überlebenswichtig ist. In diesem Zusammenhang wird es beileibe nicht reichen, nur Handbücher an die Praxen zu geben, in denen ein paar Mindestvorgaben darüber stehen, was denn unter Qualitätsmanagement verstanden werden soll. Nicht theoretisches, sondern nur angewandtes Qualitätsmanagement kann glaubwürdig die Ziele erreichen, die der Gesetzgeber vorgegeben hat. Nicht das Vertrauen auf das gute Ergebnis, sondern nur die Kontrolle desselben nach einfachen Kriterien stellt das Niveau der Behandlung unter Beweis. Konzepte hierzu sind innerhalb des Berufsstandes erarbeitet worden und werden sogar stellenweise freiwillig praktiziert. Es stünde den Verantwortlichen in allen KZVen und der KZBV gut an, diese Entwicklungen nicht länger zum Schaden der meisten Vertragszahnärzte zu ignorieren.

*Dr. Eberhard Riedel  
DAZ-Vorsitzender, München*





## Die Endodontie zwischen Stachanow\* und Hennecke?

Es ist ein hehres Ziel, das der Vorsitzende des DAZ, Kollege Eberhard Riedel, in der der Endodontie gewidmeten DAZ-FORUM-Ausgabe 86 (4. Quartal 2005) formuliert: rationale endodontische Methoden zu beschreiben, „die einen möglichst einfachen zahnärztlichen Eingriff mit einem Höchstmaß an zahnerhaltendem Erfolg bei gleichzeitiger Bezahlbarkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung verbinden“. Die Formulierung impliziert die Wunschvorstellung der bekannten eierlegenden Wollmilchsau, und betriebs- oder volkswirtschaftlich würde man sofort an das „ökonomische Prinzip“ denken.

Dieses Prinzip fordert zwar die Maximierung des Quotienten aus Zweckerfolg und Mitteleinsatz, aber seine verbale Interpretation mit dem Satz „mit geringstem Mitteleinsatz einen höchstmöglichen Zweckerfolg erreichen“ ist unrealistisch, so als ob man von einem Leichtathleten verlangen würde, eine möglichst lange Strecke in möglichst kurzer Zeit zu laufen. Eine realistische Handlungsalternative ergibt sich erst, wenn eine der beiden Variablen konstant gesetzt wird, d.h. wenn mit geringstem Mitteleinsatz ein (vorher) definierter Zweckerfolg (Sparprinzip) oder mit einem bestimmten Mitteleinsatz ein möglichst hoher Zweckerfolg (Optimumprinzip) angestrebt wird.

Übertragen auf die Situation in der Endodontie würde die Alternative lauten: Konkretisierung des „zahnerhaltenden Erfolges“ mit einer gewählten Zeitspanne (z.B. 2, 5 oder 10 Jahre) und dem Zahnarzt den mittel- und zeitsparendsten Weg überlassen, wie er dieses Ziel erreicht (z.B. mit der Einstiftmethode etc.) oder aber – was nicht zuletzt nach ethischen Kautelen in der Medizin eigentlich selbstverständlich sein müßte – mit dem durch Wissenschaft und Technik entsprechend dem „state of the art“ vorgegebenen Wissensstand einen möglichst langen Zahnerhalt anzustreben. Natürlich könnte die letztgenannte Zielsetzung den Kostenrahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung sprengen, aber man kann sich diesem Dilemma nicht entziehen, indem man auf den fehlenden Nachweis verweist, „dass diesen Behandlungskosten ein adäquat höherer Langzeiterfolg gegenübersteht“ (Riedel). Was ist „adäquat“, namentlich für den betroffenen Patienten? In

der Intensivmedizin ist diese Fragestellung bekanntlich noch gravierender: Lebensverlängerung um einen Monat, um ein Jahr? Zu welchen Kosten?

Es ist eine in vielen Lebensbereichen bekannte Tatsache, dass weitere Verbesserungen oder Verfeinerungen ab einem bestimmten Punkte oft nur mit überproportionalem Mitteleinsatz zu erzielen sind. Wenn die Kostenträger „solche enormen Mehrleistungen“ für eine möglicherweise minimale Qualitätszunahme aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht aufbringen können oder wollen – was verständlich und legitim wäre – dann muß letztendlich diese Entscheidung dem Patienten – möglicherweise im Rahmen einer Mehrkostenregelung – überlassen bleiben.

Aus dem Spannungsverhältnis zwischen Wünsch- und Machbarem resultiert auch die Beschränkung der kostenintensiven Wurzelkanalbehandlung von Molaren auf strategisch wichtige Zähne nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §91 Abs.6 SGB V, B.III.9.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Diskussion einzugehen, die die Kollegen Kleinebrinker und Stripfel in derselben Forum-Ausgabe mit ihrem Beitrag „Die Neubewertung endodontischer Leistungen im Rahmen der Bema-Umstrukturierung“ angestoßen haben. Anhand der im Jahre 2003 in den Vorarbeiten zur Bema-Umstrukturierung zum 1.1.2004 erhobenen Zeitmess-Studien versuchen die Autoren, „die von vielen Zahnärzten gefühlte unterdurchschnittliche Bewertung der endodontischen Leistungen ...“ als unberechtigt hinzustellen, indem sie sich ausschließlich auf die seinerzeit mit der Stoppuhr gemessenen Zeiten beziehen, wonach die untersuchten

Zahnärzte im Mittel die Vitalexstirpation in 6 Minuten, die Wurzelkanalaufbereitung in weiteren 9 Minuten, eine medikamentöse Einlage in 4 ½ Minuten und die endgültige Wurzelfüllung in 5 Minuten vollendeten. Das Ganze summiert sich für die Wurzelkanalbehandlung eines unteren Molaren (mit 3 Kanälen) in zwei Sitzungen einschließlich Röntgen, Anästhesie und Kofferdam auf 86,5 Minuten, für einen oberen Frontzahn in einer Sitzung auf 32,2 Minuten.

Im Falle des Molaren stellt das ein Punktevolumen von 222 Punkten dar, was einem Eurobetrag von 198,67 entspricht. Geht man von einem Kostensatz von 55% aus, bedeutet das einen Verdienst von knapp 90 Euro für gestoppte 1 ½ Stunden höchst konzentrierter Tätigkeit, was einem Stundenlohn von 60 Euro entspricht.

Aufgrund der Zeitmess-Ergebnisse wurde im zum 1.1.2004 umstrukturierten Bema die Wurzelkanalaufbereitung sogar um einen Punkt abgewertet, die Wurzelkanalfüllung um 2

Punkte und die medikamentöse Einlage von 6 Punkten auf 15 Punkte aufgewertet, ihre mögliche Abrechnungshäufigkeit aber auf dreimal beschränkt, was die Autoren zu der Behauptung veranlaßt, dass damit das Punkte- und Zeitvolumen zwar zurückgeht, aber das bedeute „weniger Arbeitszeitaufwand bei gleichbleibender Vergütung.“ Das verstehe, wer will, da sich mit schwindendem Arbeitsaufwand auch das abzurechnende Punktevolumen als Pendant für die Vergütung reduziert. Man fragt sich auch, was die Autoren veranlaßt hat, relativ unbedeutende Aufwertungen wie die der medikamentösen Einlage mit be-

### Stachanow

\* Sowjetischer Grubenarbeiter, der 1935 seine Tagesleistung um das 15fache der vorgeschriebenen Norm erhöht und damit die Stachanow-Bewegung mit Selbstverpflichtungen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität ausgelöst hatte. (Nachfolger in der DDR der 50iger Jahre: Adolf Hennecke)



# ENDODONTIE

eindruckenden Prozentzahlen (150 Prozent!) herauszustellen, woraus sie dann für die gesamten endodontischen Leistungen eine Aufwertung von 10,2 Prozent konstruieren können. Solche Rechenkunststücke sind älteren Zeitzeugen noch aus der Frühzeit kommunistischer Planwirtschaften bekannt, wo mickrige absolute Produktionszuwächse auf niedriger Ausgangsbasis mit der Angabe von bombastischen Prozentsteigerungen schöngefärbt wurden. Unverständlich auch die Negierung der höheren Kompliziertheit endodontischer Behandlungen an Seitenzähnen und – im Verhältnis zur Wurzelkanalbehandlung an Frontzähnen – die Rede von einem „Serieneffekt“ bei der Aufbereitung von drei Kanälen an Molaren, woraus die Autoren sogar noch schlußfolgern, „dass aber die Vergütung sogar überproportional hoch ist.“

Hier muß sich der zahnärztliche Praktiker vor Ort doch fragen, ob die Realität vom grünen Tisch aus noch richtig erfaßt und beschrieben wird. Alle Versuche, die Honorierung als ausreichend darzustellen, können die betriebswirtschaftliche Absurdität im Verhältnis von Zeit- und Mitteleinsatz zum Umsatz nicht ausräumen; m.a.W. es handelt sich derzeit in der Honorierung der Endodontie auf Bema Basis um reine Geldwechselei, wobei in schwierigen Fällen nicht einmal eine Kostendeckung (ein Nickel-Titan-Feilen Aufbereitungsset kostet allein 45 Euro) garantiert ist. Folgerichtig hat sich ein grauer Markt entwickelt, auf dem dem Patienten Zusatzleistungen angeboten und berechnet werden ... der Verfasser ist geneigt, das Wörtchen „müssen“ anzufügen.

Natürlich ist die Frage berechtigt, ob eine höhere Honorierung denn auch eine bessere Qualität garantiert. Die Antwort kann nur lauten: mit Sicherheit nicht generell, aber es würde allen gewissenhaft arbeitenden Kollegen die Möglichkeit geben, auch im Rahmen der GKV gute Arbeit zu leisten, ohne auf Zusatz-Vereinbarungen angewiesen zu sein.

Mit Recht wird im aktuellen Health Technology Assessment (HTA) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zur Wurzelkanalbehandlung an Molaren festgehalten, dass gerade in der Endodontie Zeitaufwand und Ge-

wissenhaftigkeit Qualitätskomponenten darstellen, was auf der Hand liegt, wenn man an Wurzelkanalbehandlungen an dreiwurzeligen oberen Molaren bei Patienten mit kleiner oder behinderter Mundöffnung oder an die Fahndung nach dem 4. Kanal eines unteren Molaren denkt oder daran, wie diffizil und zeitraubend es meist ist, gekrümmte Wurzelkanäle korrekt bis zur apikalen Konstriktion zu messen, aufzubereiten, zu desinfizieren und dreidimensional dicht abzufüllen?

Nicht ohne Grund pflegte einer der akademischen Lehrer des Verfassers, Prof. Wannemacher, die Wurzelbehandlung als die komplizierteste Mikrooperation in der gesamten Medizin zu bezeichnen, nicht zuletzt auch deshalb, weil ein eherner chirurgischer Grundsatz – das Arbeiten unter Sicht – in der Endodontie nur unzureichend oder annähernd nur mit hohem materiellem Aufwand (Mikroskop) erfüllbar ist. Daran hat sich bis heute nur wenig geändert, auch wenn es immer wieder Kollegen gibt, die als „terrible simplificateurs“ den Stein der Weisen gefunden zu haben glauben und unter der genieassoziierenden Überschrift „Endodontie ganz einfach“ (Sellmann im Supplement ZWP Spezial 10/2005 zu Zahnarzt, Wirtschaft, Praxis Nr. 12/2005) ihre Paradedfälle auf geduldigem Papier einer stauenden Leser- und Kollegenschaft vorführen: Da wird ein unterer 6er einmal in 20 Minuten geröntgt, anästhesiert, trepaniert, vitalexstirpiert, aufbereitet, mit medikamentöser Einlage versehen und verschlossen.

Stachanow und Hennecke lassen grüßen.

Kofferdam hatten vermutlich die Heinzelmännchen gelegt, die Anästhesie wirkte offenbar in Jetzeit, das Pulpdach flog in toto nur so weg, die Kanäleingänge lagen sicherlich gleich einladend offen vor Augen, ein vierter Kanal war wohl vornherein auszuschließen (warum also lange danach suchen?), die Kanäle bluteten nicht und waren gleich trocken, Arbeitslängen stimmten sofort (auch ohne elektronische- und/oder Röntgenkontrolle), der Patient lag wie ein Brett im Stuhl und rührte sich nicht, die medikamentöse Einlage verteilte sich von selbst in alle Kanäle und der (bakteriendichte?) Verschluß paßte sich automatisch den okklusalen Gegebenheiten an.

Der Traum des endodontisch tätigen Zahnarztes erfüllt sich nur selten in toto, denn die Verhältnisse, sie sind nicht so! Da kann es nur helfen, sich auf die Qualitätsrichtlinien der europäischen Gesellschaft für Endodontologie und diesbezügliche Statements der DGZMK zu besinnen. Alles nicht so wichtig? Auf „Praxisnähe und Schnelligkeit“ kommt es laut Sellmann an (a.a.O., S. 7). Ist er sich bewußt, was es bedeuten würde, wenn seine Zeiten zur Richtschnur der Bema-Honorierung würden? Statt 90 nur 30 Minuten für eine abgeschlossene Wurzelbehandlung in 2 Sitzungen an einem unteren 6er? Umgerechnet wären das ein Stundenlohn von ca. 20 Euro! Und schon hört der Verfasser seine Kollegen Kleibrinker und Stripfel triumphieren: Da wird es ja bewiesen: die zugrunde gelegten Zeiten sind der angemessene Mittelwert zwischen Schnell- und Langsamarbeitern, und die Leistungen des Kollegen Sellmann werden im Grunde viel zu hoch vergütet.

Allerdings waren die beiden Kollegen auch so ehrlich einzugestehen, dass im bereits zitierten HTA-Bericht ausdrücklich betont wird, „dass die für die Wurzelkanalbehandlung aufgewendete Zeit und Sorgfalt wichtige Einflußfaktoren für dauerhaften Erfolg sind. Der ist dem Kollegen Sellmann dann auch zu wünschen.“

Dennoch und gerade deshalb:

Sowohl unter dem Zeit- und Sorgfaltsaspekt als auch angesichts der hohen sekundärpräventiven Bedeutung und der damit verbundenen langfristigen Kostenersparnis für die GKV plädiert der Verfasser für eine fühlbare Aufwertung endodontischer Leistungen auch um den Preis, dass Kollege Sellmann dann vielleicht ein Millionär würde.

*Dr. Wilhelm Bulk  
Münster*



## LESERBRIEF VON DR. GUGGENBICHLER ZUR STELLUNGNAHME „ENDODONTISCHER IRRGARTEN“ endo-Diskussion

Sehr verehrter Herr Hey,

zunächst möchte ich Ihnen als verantwortlichem Redakteur für das DAZ-Forum 87 danken, dass mein Beitrag in dieser Form abgedruckt und damit den Lesern des „Forums“ eine Bekanntschaft mit meiner Sichtweise ermöglicht wurde. Ich betone, dass ich keineswegs „Uninformierten“ das Gefühl des Schuldigseins vermitteln möchte, was Sie als „nervig“ titulieren. Ich bin in einem anhaltenden Stadium der Skepsis, fühle mich ganz und gar nicht im Besitz der Wahrheit (die m.E. viele Gesichter hat) sondern eher auf der Suche, meine Wissenslücken zu füllen. Ich habe in meinem Beitrag die Arbeitsergebnisse und Hypothesen von einigen m.E. ernstzunehmenden Medizinern zusammengefasst, die mich selbst sehr verunsichert haben, als ich zum ersten Mal damit Kontakt hatte, weil es doch diametral dem entgegengesetzt ist, was ich an der Universität gelernt hatte.

Sie haben vor fast dreißig Jahren in einer Spiegel-Titelgeschichte den Finger auf Zustände der damaligen zahnmedizinischen Versorgung der BRD gelegt und sich damit in eine Position weitab des kollegialen Mainstreams gebracht. Ich studierte damals gerade im ersten Semester Zahnmedizin und war beeindruckt von der lutherischen Attitüde („Hier stehe ich, ich kann nicht anders.“) Ihrer Artikelserie, die ich immer noch aufbewahre. Diese Erfahrung war für mich mit ausschlaggebend, mich nach Abschluß meines Studiums in der VDZM und ihrer damaligen Zeitschrift in bescheidenem Maße zu betätigen, bis ich mich nach diversen standespolitischen Erfahrungen auf meine Familie, Fortbildung und meine Praxis beschränkte. Mein damaliges Dilemma fasste Adorno einmal in dem Satz zusammen: „Die fast unlösbare Aufgabe besteht darin, weder von der Macht der anderen, noch von der eigenen Ohnmacht sich dumm machen zu lassen“.

Jetzt bin ich in der Position, einige gängige Dogmen und Therapiestrategien hinterfragt zu haben

(z.B., ob jeder Versuch einen Zahn zu erhalten, grundsätzlich zu begrüßen ist; ob die Bewertung von Röntgenbildern nicht hinterfragt werden sollte; warum Zähne als Mitauslöser einer Krebserkrankung einzustufen sind etc.) und weiß, dass ich als Vertreter einer zahlenmäßigen Minderheit spreche. Wäre ich ordentlicher Professor, Spezialist und Fortbildungsreferent für Endodontie, würde ich vermutlich ordentlich gehalten, wenn jemand mein Tun in dieser Art grundsätzlich in Frage stellen würde. In solcherart Abhängigkeiten befinde ich mich nicht, von daher kann ich es mir leisten, mir einzugestehen, dass ich mehr Fragen als Antworten habe, und diese Schwäche auch öffentlich zugeben.

Sie sprechen von „fahrlässiger Wichtigtuerei“. Ich meine, es wäre fahrlässig, die Informationen, die wir über das Krebsgeschehen haben (vgl. meine Literaturliste und Anmerkungen), zu ignorieren und uns nur über die Möglichkeiten, die wir als Zahnärzte bei der Zahnerhaltung haben, zu freuen. Sicher ist jeder einzelne Zahn und jeder Patient individuell zu beurteilen, aber der Krug geht halt nur solange zum Wasser, bis er bricht. Jeder Patient zahlt, mitunter spät, für einen toten Zahn einen Preis. Johann Lechner hat in Deutschland den von Boyd Haley inaugurierten Topas-Teste eingeführt und uns Zahnärzten ein einfaches Mittel zur Verfügung gestellt, mit dem überprüft werden kann, in welchem Maße ein toter Zahn bakterielle Toxine und entzündliche Eiweißstoffe abgibt.

Wenn der Patient weiß, in welchem Maße ein Zahn ihn belastet, kann er besser entscheiden, ob er dieses Risiko tragen will oder nicht. Sie fragen, wer da noch einer Wurzelbehandlung zustimmen sollte. Die meisten Leute sind so strukturiert, dass sie lieber einen toten Zahn im Mund haben als eine Lücke und einen Ersatz. Es ist wie beim Rauchen: Erstaunlich wenig Leute haben mit dem Rauchen aufgehört, obwohl sie bei jedem Griff zur Schachtel lesen können, dass Rauchen tödlich ist. Sie dürften den Un-

terschied zwischen einer intellektuellen und einer affektiven Erkenntnis kennen, selbst hochintelligente Leute haben erst dann mit dem Rauchen aufgehört, als sie den ersten Herzanfall hinter sich hatten.

Es ist viel schwerer, eine affektive Erkenntnis dessen zu erlangen, was tote Zähne verursachen können. Ich rege in nachdrücklicher Bescheidenheit an, die von mir zitierte Literatur unvoreingenommen zur Kenntnis zu nehmen und zu bedenken und möchte mit einem Zitat von George Meinig schließen:

*What we haven't known all these years, and fail even today to recognize, is the extent to which root canal filled teeth can continue to harbor infection when they seemingly appear to have been successfully treated. (...) Generally, the average dentist in all of his or her years of practice is not aware of any patient's dying as a result of dental treatment. Of all my dentist acquaintances, I do not know of a single one who has knowingly lost a patient.*

*Suddenly, as a result of these numerous studies by many authorities, we must look at our role in the instigation of endocarditis, kidney or liver disease, and all of the other possible focal infection illnesses which debilitate and encourage susceptibility to other illnesses. How many people are dying before their time because of hidden polymorphic bacteria?" (S. 164)*

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Dr. Norbert Guggenbichler  
Bad Homburg

## Antwort auf den Leserbrief von Dr. Guggenbichler

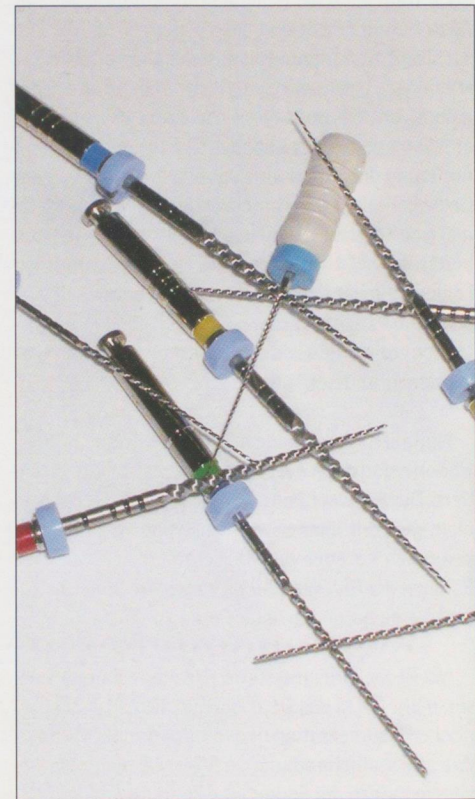
Lieber Herr Kollege Guggenbichler,

ich danke Ihnen für Ihre freundliche, wohlthuend moderate Erwiderung auf meinen vielleicht etwas forschen Kurzbeitrag im Forum. Ihre Gedanken und Bedenken kann ich durchaus nachvollziehen, fühle mich selbstverständlich ebenfalls nicht im Besitz der Wahrheit und stehe mit zunehmendem Alter wie Sie vor mehr Fragen als Antworten.

Störend empfinde ich nur Überspitzungen und Extrempositionen, weshalb ich mich besonders an dem Hinweis auf die Krebsgefahr, die von toten Zähnen ausgehen soll, gestoßen habe. Wenn Sie in diesem Zusammenhang den Kollegen Lechner zitieren,

so sträuben sich mir erst recht die Haare, da ich dessen großflächige Knochenausfräsungen auf der Suche nach einem Herd für unakzeptable Verwundungen halte. Viele Therapien solcher Komplementärmediziner und -zahnmediziner sind für meine Begriffe ebenso unsinnig wie der Ersatz jedes fehlenden Zahnes mit einem Implantat. So wenig wie möglich zu schaden – dieser Hinweis ist sicher abgegriffen, muss aber, wie Sie und ich wissen, leider immer wieder der Kollegenschaft ins Gedächtnis zurückgerufen werden.

Mit freundlichem Gruß  
Ihr H. Hey







## Zahnärzte der Berliner Studiengruppe solidarisch mit Ärzteprotesten

Nachdem schon im Januar und im März jeweils einige Zehntausend Ärzte in Berlin und anderswo auf die Straße gegangen waren, hatten erneut für den 19. Mai 2006 50 Ärzteverbände aus ganz Deutschland zu gemeinsamen Protesten aufgerufen unter dem Motto: „Medizin statt Mangelversorgung – gegen Staatsmedizin im Arztzimmer!“

Diesem Aufruf sind allein in Berlin 23.000 Ärzte, 12.000 in Stuttgart und 8.000 in Köln gefolgt und haben damit ihr Unverständnis für die gegenwärtige Gesundheitspolitik bekundet.

Es handelte sich um die größte Ärztedemo in der Geschichte der Bundesrepublik. Der NAV Virchow-Bund, Partnerverband des DAZ, spielte bei der Organisation der Proteste eine führende Rolle und stellt

mit seinem Bundesvorsitzenden Dr. Maximilian Zollner den ersten Sprecher der am 26.05.2006 zur Fortführung der Aktionen gegründeten „Allianz Deutscher Ärzteverbände“. Dieser Zusammenschluss will sich in die Diskussion um die in diesem Jahr zu erwartenden neuen Reformgesetze massiv einmischen.

Mitglieder der DAZ-Studiengruppe Berlin haben aktiv an der Mai-Demo in Berlin teilgenommen, bei der sogar die Confédération des Syndicats Médicaux Français vertreten war und ihre Solidarität mit den ärztlichen Kollegen zum Ausdruck gebracht.

*Edeltraud Jakobczyk  
Berlin*







# drei ... zwei ... eins ... Murks?

## QUALITÄTSZWEIFEL BEI ZAHNHEILKUNDE ZU DUMPINGPREISEN – KZV BAYERN-KLAGE GEGEN INTERNETAUKTIONSPORTAL IST KEINE LÖSUNG.

Die Zahnheilkunde ist auf dem freien Markt angekommen. Jedenfalls angesichts der steigenden Zahl von Internetauktionen zahnärztlicher Leistungen greift man, dass das ‚Geschäft Zahngesundheit‘ begonnen hat sich auf gänzlich andere als die herkömmliche Weise zu etablieren. Patienten, deren Mündigkeit zumindest der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) immer gefordert und gefördert hat, wandeln sich, sicher auch beeinflusst durch wirtschaftlich schwierige Zeiten, zu immer selbstbewussteren Verbrauchern, was sie freilich immer mehr aus der Rolle des Patienten drängt und sie zu ‚Kunden‘ werden lässt. Die Deutschen sind zu einem Volk der Schnäppchenjäger mutiert und bevorzugen offenbar auch im medizinischen Bereich im Zweifel die billigere vor der besseren Leistung. Erweiterte Kalkulationsspielräume der Zahnärzte, wie sie die GOZ-Liquidierung innerhalb des Zahnersatz-Festzuschussystems, aber auch sonstige Möglichkeiten von Privatabrechnungen bieten, tun ein übriges, dass die ‚Kunden‘ das zahnärztliche Versorgungsangebot mit anderen Angeboten vergleichen wollen. Genau hier wittern findige Internetbetreiber ihre Chance, allerdings offenbar ohne im Einzelfall wirklich zu wissen, womit sie auf ihren Portalen wirklich handeln.

Jeder Zahnpatient hat ab sofort die Möglichkeit, eine ihm überreichte Behandlungsplanung ins Internet zu stellen. Je größer der GOZ-Anteil der Planung, desto größere Preisabschläge verspricht das Auktionsportal. Es leitet diese Planung anonym an die im Portal angemeldeten Zahnärztinnen und Zahnärzte weiter, die dort ohne besondere Qualifikation nach eigenem Belieben teilnehmen können. Die Auswahl der befragten Praxen ist im Einzelfall nur begrenzt durch einen Reiseradius, den wiederum der anfragende Patient vorgibt. Jede angefragte Praxis hat nun die Möglichkeit, eine eigene Kostenrechnung für die identische Planung ans Portal zu senden, welches dem Patienten die günstigsten Angebote ebenso anonym weiterleitet. Erst wenn der Patient sich für ein Angebot entschieden hat, wird die Anonymität aufgehoben. Erst wiederum, wenn nun die angebotene oder eine andere zahnärztliche Leistung in dieser

neuen Praxis durchgeführt wurde, zahlt der Behandler eine Art Provision an die Portalbetreiber.

Wen sollte es wundern, dass sich an solchen neuen Möglichkeiten die Geister scheiden. Nicht nur Verbraucherschutzorganisationen, auch verschiedene Krankenkassen begrüßen diese Portale und motivieren ihre Mitglieder, umfangreichere Privatbehandlungen auf diesem Wege überprüfen zu lassen. Die KZV Bayern (KZVB) hingegen verklagte kürzlich die Betreiber der Internetplattform ‚Zweite Zahnarztmeinung‘ unter Hinweis auf das Kollegialitätsgebot der Berufsordnung der bayerischen Zahnärzte und das Verbot anpreisender, irreführender oder vergleichender Werbung. Nach Meinung der KZVB initiieren die Betreiber dieser Internetplattform gezielt einen unkollegialen Preiskampf zwischen den Zahnärzten und verleiten obendrein Patienten dazu, das billige, aber möglicherweise nur scheinbar günstige Angebot wahrzunehmen, ohne in Betracht zu ziehen, warum sich die Angebote preislich unterscheiden. Zugleich entstände beim Patienten der Eindruck, der Zahnarzt, der für ihn den ursprünglichen HKP erstellt oder einen Kostenvoranschlag gemacht hat, habe eine unrichtige, nämlich überhöhte Berechnung vorgenommen.

Die Entscheidung, ob wir es bei derartigen Gesundheitsauktionen mit Fluch oder Segen zu tun haben, wird jedoch sicher nicht vor Gericht fallen. Die KZVB stützt sich bei ihrer Klage im wesentlichen auf die zahnärztliche Berufsordnung, der aber die nichtzahnärztlichen Betreiber der Internetplattform nicht unterworfen sind. Es würde zudem auch nichts nützen, nur einzelne Sonderwege gerichtlich zu bekämpfen, solange der Berufsstand selbst keinen Wert darauf legt, nach verbindlichen und transparenten Regeln zu handeln und zu liquidieren. Die sachliche Bewertung von Gesundheitsauktionen sollte und muss der Berufsstand umgehend selbst vornehmen, wenn er nicht ein weiteres Stück innerer Identität verlieren möchte.

Ein Versuch der Bewertung soll hier gemacht werden. Ein Vorteil für Patienten ist gegebenenfalls dazu zu sehen, wo diese vor einer Überversorgung oder reiner Geldschneiderei geschützt werden können

und das Internetportal ihnen zu einer preisgünstigeren Behandlung verhilft. Ein Behandlerwechsel wäre bei einer besonders extremen Ausgangslage ohnehin angebracht. Insbesondere aufwändige Versorgungsplanungen bei Erstkontakten zwischen Patient und Zahnarzt können mit Hilfe des Internets hinterfragt werden. Auch ist der Behandlerwechsel nicht immer zwangsläufig, kann doch ein günstigeres Alternativangebot den Ausgangszahnarzt zu einer Preiskorrektur veranlassen.

Die Nachteile von Gesundheitsauktionen wiegen aber derart schwer, dass die Klage der KZVB, wenn auch aus ganz anderen Gründen, als von ihr selbst angeführt, grundsätzlich verständlich wird. Ein solches Internetangebot erweckt nämlich den gänzlich falschen Eindruck, die zahnärztliche Tätigkeit wäre eine scheinbar frei verfügbare und problemlos vergleichbare Handelsware, ähnlich dem wechselnden Angebot von Gemüse und Farbfernsehern. Tatsächlich ist die Gesundheit, für die Zahnärzte mit ihrem Berufsethos einsteher, mit einer Handelsware im strengen Sinne keinesfalls vergleichbar. Gesundheit entsteht eben nicht durch den reinen mechanischen Eingriff am Menschen oder den möglichst echten Ersatz abhanden gekommener Bestandteile des Körpers. Solche Teile folgen zudem nicht einer physikalischen Norm, sondern sind jeweils so individuell wie der Mensch selbst, der sie benötigt. Die (zahn-)ärztliche Leistung besteht in der Beurteilung des Gesamtzustandes eines Patienten und der Entscheidung über die jeweils optimale und gleichzeitig geringst aufwändige Versorgung. Diese Entscheidung kann nur dann sinnvoll und gut sein, wenn der Behandler sich im engen persönlichen Beschäftigen und eingehend mit seinem Patienten beschäftigt. Genau diese individuelle Hinwendung beurteilt der Patient als den Indikator für ärztliche Fähigkeiten schlechthin. Sie begründet zusammen mit der gegenseitigen Sympathie das für jede Behandlung zwingend erforderliche Vertrauensverhältnis. Eine solche Basis ist wiederum *conditio sine qua non* für das Gelingen der eigentlichen Behandlungsleistung, die der von Patient und Zahnarzt gemeinsam getroffenen Behandlungsentscheidung folgt.



Diese Seriosität innerhalb der Arzt/Patientenbeziehung wird durch eine ‚Anbahnung‘ via Internet stark gefährdet. Der Zahnarzt, der sein Kostengebot abgibt, weiß mangels Untersuchung des Patienten nicht, ob die vorgegebene Versorgung wirklich gut und sinnvoll ist. Der Patient, der dann diesen Zahnarzt aufsucht, wird in sicher vielen Fällen erleben, dass ihm nach einer gewissenhaften Untersuchung durch den ‚günstigeren‘ Zahnarzt eine teilweise oder auch gänzlich andere Behandlungsplanung empfohlen wird. Diese ist dann zwangsläufig kostenmäßig überhaupt nicht mehr vergleichbar und hilft dem Patienten zur eigenen Entscheidungsfindung also überhaupt nicht weiter.

Wenn die vorgesehene Behandlung in der ‚günstigen‘ Praxis dann durchgeführt wird, so kann der Patient nur hoffen, dass er mit dem eingesparten Betrag nicht qualitative Nachteile in Kauf nimmt, die sich häufig erst später zeigen. Ein weiteres nicht zu vernachlässigendes Kriterium ist die räumliche Entfernung des Patienten zur Praxis des ‚günstigen‘ Zahnarztes. Wenn die Fahrzeit zu lang wird, so setzt dieses Patient wie Behandler unter einen zumindest unterschwelligen Zeitdruck, der im Zweifel für das Gelingen einer Behandlung kontraproduktiv ist. Je größer die Entfernung, desto mehr Behandlungsteile wird man in jeder Sitzung zusammenfassen, damit eine möglichst geringe Zahl von Besuchen nötig wird. Wenn dann noch unvorhergesehene Behandlungsprobleme entstehen oder umfangreiche Nacharbeiten erforderlich werden, zahlt sich ein langer Anfahrtsweg erst recht nicht mehr aus. Hier herrschen dann schnell ähnliche Bedingungen wie bei der auf 1

oder 2 Wochen komprimierten ‚Generalsanierung‘ zu vermeintlichen Superkonditionen fernab im Ausland nach dem Motto: ‚Augen zu, Mund auf und durch‘.

Gesundheitsauktionen sind also ein denkbar schlechtes Instrument, um eine gute Behandlung zu bekommen. Ihre Nachteile resultieren daraus, dass der Wert einer Heilbehandlung vorrangig über den Preis definiert wird. Über Jahrzehnte haben die verantwortlichen zahnärztlichen Landespolitiker Deutschlands jedoch genau diese Entwicklung begünstigt, indem sie die vorhandenen qualitativen Unterschiede innerhalb der zahnärztlichen Versorgung negierten und gleichzeitig für eine völlige Befreiung aus den ‚Fesseln‘ der Gesetzlichen Krankenversicherung und teilweise sogar aller staatlichen Gebührenordnungen schlechthin eintraten. Die KZVB bekämpft somit, und das viel zu spät, nur die Geister, die sie und andere immer gerufen haben und bis heute auch weiter rufen. Tatsächlich kann unser Berufsstand, anders als alle Gewerbetreibenden, bei denen ein wirklich gnadenloser Preiskampf an der Tagesordnung ist, um seine Gebührenordnungen beneidet werden, auch wenn sie dazu neigen, das Honorarniveau zu nivellieren und die Einzelleistung unterzubewerten.

Gesundheitsauktionen wären eher dann akzeptabel und schlüssig, wenn die beteiligten Behandler zusätzlich einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung und -kontrolle unterzogen würden, wie sie z.B. das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ des DAZ bietet. Derartige Denkmuster sind jedoch dem gesamten Berufsstand noch wesensfremd und finden sich somit auch innerhalb der herkömmlichen Behandlungsstrukturen selten. Erst klare Qualitätskriterien

bilden tatsächlich die Basis für ein angemessenes Preisniveau. Und erst ein einheitlicherer Qualitätsmaßstab würde einen fairen Wettbewerb wie bei einer Auktion erlauben und die zahnärztliche Leistung über den Preis vergleichbarer machen. Internetauktionen ohne Qualitätssicherung fördern eher die Beliebigkeit und Intransparenz und erschweren damit zusätzlich die glaubwürdige Qualitätsdarstellung des Berufsstandes insgesamt, der dadurch weiter nicht in der Lage ist, angemessenes Honorar für nachgewiesene Qualität zu verlangen.

Was ist somit die beste Antwort des niedergelassenen Zahnarztes auf den Wildwuchs von Preisdumping und unsicherer Behandlungsqualität? Diejenigen Heilberufler werden sich keine Sorgen zu machen brauchen, die eine gewachsene, stabile und auf Vertrauen fußende Beziehung zu den meisten ihrer Patienten haben und diese immer wieder begründen, da solche Patienten in der Regel die Preiskalkulation ihres Behandlers nicht hinterfragen. Um diese Patientenbindung noch zu verstärken oder bei Behandlern mit eher schwacher Patientenbindung überhaupt zu erreichen, sollten die Praxisinhaber alle Anstrengungen unternehmen, ihren Patienten die eigene Leistungsfähigkeit durch die Teilnahme an glaubwürdiger Qualitätssicherung spürbar und nachhaltig unter Beweis zu stellen. Dieses ist die sicherste Basis für zufriedene Patienten und ein ausreichendes Honorarniveau. Die ideale Möglichkeit für eine solche Profilierung bietet das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ des DAZ.

*Dr. Eberhard Riedel  
München*

## Pressemitteilung

# Zahnärzterverband DAZ warnt vor Verlust von Versorgungsqualität und zahnärztlicher Professionalität bei Billigzahnersatz

Köln, 16.10.2006 – Einen Verlust von Versorgungs- und Betreuungsqualität befürchtet der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) bei der Umsetzung der zahnärztlichen Franchisesysteme auf Discount-Basis, die derzeit beworben werden. Ärztliche Versorgung, die das Sorgen begrifflich einschließt, hat untrennbar etwas mit der umfassenden Betreuung des Patienten zu tun. Wenn jedoch die zahnärztliche Leistung unter dem Gesichtspunkt des Niedrigpreises in Anspruch genommen wird, wird sie nahezu zwangsläufig auf wenige technische Anteile bei der Zahnersatzherstellung reduziert. Statt der eigentlich hochkomplexen und höchst individuellen Zahnersatzversorgung gibt es bei Discountern in der Regel nur eine Teilleistung. Somit ist die Versorgungsqualität unter diesen Bedingungen der vermutete Verlierer Nr. 1.

Den Patienten sieht der DAZ als den Verlierer Nr. 2. Der Patient, der dem Billigversprechen folgt, befindet sich durch das Anpreisen bester Technik und Organisation im guten Glauben, eine billigere, aber keine schlechtere Leistung zu erhalten und auch im Sinne seines Betreuungsanspruchs vollwertig behandelt zu werden. Tatsächlich wird er sich aber bei den allermeisten Zahnersatzarbeiten einem erhöhten Verkaufs-

druck für über die Regelleistung hinausgehende Zusatzleistungen ausgesetzt sehen. Der Verkauf derartiger Zusatzleistungen sichert über eine Mischkalkulation üblicherweise die wirtschaftliche Basis eines Discount-Systems. Eine wirkliche Ersparnis für den Patienten dürfte es daher höchst selten geben. Auch der Slogan ‚Zahnersatz zum Nulltarif‘ verschleiert nur, dass die entstehenden Kosten durch die Krankenkassenbeiträge aller Versicherten getragen werden und somit nichts ‚zum Nulltarif‘ erbracht wird.

Verlierer Nr. 3 sind vermutlich die Zahnärzte, die sich als Franchisenehmer selbst einem erheblichen Kostendruck aussetzen. Bei ausschließlicher Erbringung der beworbenen (Regel-)Leistungen kann kaum ein Zahnarzt auf Dauer kostendeckend arbeiten. Daher stehen sie zwangsläufig sowohl unter extremem Akquise- und Verkaufszwang als auch unter großem Zeitdruck während der Behandlung, um die Franchisegebühren überhaupt aufbringen zu können. Die ärztliche Professionalität wird wohl merkantilen Zwängen geopfert werden müssen.

Verlierer Nr. 4 wird nicht zuletzt das deutsche Zahntechnikerhandwerk sein, das qualifiziert, ortsnah und flexibel in der Lage ist, individuelle Arbeiten jeder Art selbst in problematischen Konstellationen

anzufertigen. Auch Techniker brauchen für ihre Wirtschaftlichkeit eine Form von Mischkalkulation: Die einfachen, wenig individuellen Arbeiten subventionieren üblicherweise die Problem- und Komplikationsfälle. Werden die Standardfälle nun im Ausland erledigt, können die schwierigen, aufwändigen und kompetenzfordernden Arbeiten, jedenfalls zu den gegebenen Kassenbedingungen, kaum noch in Deutschland gefertigt werden. Durch eine solche Vergabestrategie berauben sich die Zahnärzte eines dringend notwendigen Partners für vielfältige und komplexe Zahnersatzversorgungen.

Der letzte Verlierer dürften schließlich die Franchisegeber selbst sein, wenn nämlich irgendwann die unter Vertrag stehenden Zahnärzte merken, welche unerfüllbare und ineffiziente Rolle sie spielen. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) rät allen Zahnärzten dringend davon ab, sich in eine derart unkalkulierbare Abhängigkeit zu begeben. Zugleich rät er auch allen Patienten, sich rechtzeitig vor einer Behandlung ‚zum Nulltarif‘ sorgfältig über mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu informieren.

*Dr. Celina Schätze  
Stellv. DAZ-Vorsitzende*







# Versorgungswerk Berlin – Teilrechtsfähigkeit contra selbständige Körperschaft

## STANDPUNKT DER BERLINER DAZ-STUDIENGRUPPE (SG BERLIN)

*Versorgungswerke können kammerübergreifend gebildet werden. Der Zusammenschluss von Berlin, Brandenburg und Bremen hatte zu einer 2002 entschiedenen Verfassungsbeschwerde und in diesem Jahr zur Beschäftigung der Berliner Kammerversammlung mit der Rechtskonstruktion des Versorgungswerkes geführt.*

**Forum:** Wieso befassen sich in Berlin momentan alle Verbände mit dem Versorgungswerk?

**SG Berlin:** Ausgangspunkt war die Beschwerde einer Brandenburger Kollegin gegen die Zwangsmemberschaft im Versorgungswerk der Berliner ZÄK, dem sich die Brandenburger Zahnärztekammer 1992 per Anschlussatzung angegliedert hatte. Sie argumentierte, dass den Brandenburger Kammermitgliedern im Versorgungswerk ebenso wie den Bremern (angeschlossen 1966) und den Tierärztekammermitgliedern in Berlin (seit 1970 dabei) keinerlei Mitwirkungsrechte eingeräumt wurden. Die Beschwerde wurde vom Verfassungsgericht zwar abgewiesen, jedoch mit der Aufforderung, diese Umstände schnellstmöglich zu bereinigen. Daraufhin reagierten viele Gremien. U.a. wurde in der Berliner DV der ZÄK am 20.6.2002 der Beschluss gefasst, dass der Berliner Senat die Umwandlung des Versorgungswerkes in eine Körperschaft öffentlichen Rechtes ermöglichen solle.

**Forum:** Alle waren für eine unabhängige Körperschaft – wieso?

**SG Berlin:** Den Delegierten wurde damals keine Alternative vorgeschlagen. Die Möglichkeit einer Teilrechtsfähigkeit wurde zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht aufgezeigt.

**Forum:** Was hat man sich vorzustellen unter „Teilrechtsfähigkeit“?

**SG Berlin:** Das Berliner Abgeordnetenhaus hat ein wichtiges Papier – „Über das Neunte Gesetz zur Änderung des Berliner Kammergesetzes“ – vorliegen, in dem die Teilrechtsfähigkeit ausführlich beschrieben wird. Es werden präzise die Organe benannt, wie 1) Vertreterversammlung, 2) Verwaltungsausschuss als geschäftsführendes Organ und 3) Aufsichtsausschuss als Aufsicht führendes Organ. Aus Sicht der Juristen reicht es aus, 12 Mitglieder für die Vertreterversammlung, die dem Versorgungswerk angehören müssen, zu benennen. Diese müssen von den DVs ihrer jeweiligen Kammern für vier Jahre aus dem Kreis ihrer Mitglieder gewählt werden. Im Vorfeld wurde von dem Verhältnis 7: 4:1 / Berliner : Brandenburger : Bremer gesprochen, je nach dem Verhältnis der Mitgliederzahlen. Der Verwaltungs- und der Aufsichtsausschuss bestehen jeweils aus 6 Mitgliedern, die von der o.g. Vertreterversammlung gewählt werden und der Versorgungseinrichtung angehören müssen, jedoch nicht gleichzeitig Mitglieder eines anderen Organs der Versorgungseinrichtung/ Versorgungswerk oder des Vorstandes der jeweiligen Kammer sein dürfen (keine Personalunion!). Gleichzeitig wird festgelegt, dass das Versorgungswerk „... im Rechtsverkehr unter ihrem Namen handeln, klagen und verklagt werden kann.“ (Auszug unter 3.54 b) Absatz 6). Dazu darf auf das Vermögen der Versorgungseinrichtung, sprich des

Versorgungswerkes, von der Kammer nicht zurückgegriffen werden, sondern es bleibt als „nicht rechtsfähiges Sondervermögen zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 2 Satz 1 vom übrigen Vermögen der Kammer getrennt ...“ (Auszug unter 3.54 b) Absatz 7). Sonstige Verbindlichkeiten der Kammer dürfen nicht aus dem Sondervermögen erfüllt werden. Es wird alles juristisch abgeklöpft und konkret vorgegeben, welche Bedingungen zu erfüllen sind, um der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes gerecht zu werden.

**Forum:** Es gab wahrscheinlich von juristischer Seite unterschiedliche Empfehlungen – je nachdem, wer gefragt wurde und wer die Frage stellte?

**SG Berlin:** Auf Anforderung der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke hat Prof. Dr. Dirk Ehlers z.B. wie folgt argumentiert: „Vorziehen ist eine Lösung, welche den Versorgungswerken die Stellung einer teilrechtsfähigen Vereinigung der Kammer einräumt. Die Versorgungswerke bleiben dann Einrichtungen der Kammer, können aber selbstständiger als bisher agieren. Die Teilrechtsfähigkeit sollte sich sowohl auf das Auftreten im Rechtsverkehr als auch auf die vermögensrechtliche Stellung der Versorgungswerke beziehen.“ (Aus: Ehlers: „Grundfragen berufsständischer Versorgungswerke vom 18.07.2002“, S.117f). In einem Gutachten für das Versorgungswerk Berlin dagegen empfiehlt Prof. Ehlers eine (selbständige) Körperschaft ö.R., da eine solche aus seiner Sicht die sicherste juristische Variante ist.

**Forum:** Wieso diese konträren Aussagen?

**SG Berlin:** In diesem Gutachten wird das Problem angesprochen, dass nicht alle Kammermitglieder zugleich Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Zwischen Bremen, Brandenburg und Berlin variiert das Verhältnis Mitglieder zu Nicht-Mitgliedern recht stark. Dies erklärt sich hauptsächlich aus den Sonderregelungen, die nach der Wiedervereinigung getroffen werden mussten, weil viele Zahnärzte/innen aus den neuen Bundesländern in vorgeschrittenem Alter ihre Alterssicherung anders organisieren mussten. Für diese Kollegen, für die die einzelnen Versorgungswerke jeweils Altersgrenzen definiert haben, konnte der Beitritt zum Versorgungswerk nicht verpflichtend gemacht werden. Insofern ist davon auszugehen, dass es in einem neuen Bundesland mehr Kammerangehörige gibt, die nicht dem entsprechenden Versorgungswerk angehören, als in den alten Bundesländern.

**Forum:** Spielen die geringen Anteile der nicht beim Versorgungswerk beteiligten Zahnärzte denn überhaupt so eine Rolle?

**SG Berlin:** Nein – und hier können wir uns sogar wieder auf Prof. Ehlers berufen. Er schreibt: „Das Demokratieprinzip verlangt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass die der Staatsgewalt unterworfenen Personen im Wesentlichen mit jenen identisch sind, denen die Staatsgewalt ihre Einsetzung verdankt.“ Er sagt: „im Wesentlichen“ und fährt fort: „Da keine vollständige Identität verlangt wird, schadet es nicht, wenn nicht alle (wahlberechtigten) Kammermitglieder dem Versorgungswerk

angehören.“ Mittlerweile sind 15 Jahre ins Land gegangen. Die Unterschiede, was die Prozentsätze der übers Versorgungswerk abgesicherten Zahnärzte anlangt, werden sich immer mehr nivellieren.

**Forum:** Für die Berliner DAZler ist dies jedenfalls kein Grund, die Teilrechtsfähigkeit in Frage zu stellen.

**SG Berlin:** Die Teilrechtsfähigkeit verletzt unseres Erachtens nicht das Demokratieprinzip und hat eine Reihe von Vorteilen, weshalb wir bei der Abstimmung in der Berliner DV neben IUZB und Fraktion Gesundheit dafür gestimmt haben. Sie ermöglicht eine straffe, übersichtliche und kostengünstige Führungs- und Verwaltungsstruktur und erhält die Anbindung des Versorgungswerkes an die Kammer bzw. an die jeweiligen Kammern. Wir brauchen keine großen Gremien, hier muss sich nicht jede Gruppe profilieren. Vielmehr soll verbandsübergreifend entschieden werden – mit Sachkompetenz. Es geht um unsere Rente und nicht um politische Querelen. Durch die Teilrechtsfähigkeit soll sich die Ausrichtung des Versorgungswerkes nicht verändern. In Berlin wird die modifizierte Anwartschaftsdeckung, also volle Kapitaldeckung unter Berücksichtigung eines geringen Neuzugangs, favorisiert. Nach den schlechten Erfahrungen der Vergangenheit müssen gute Anlagen, sichere Fonds etc. gewählt werden. Um das zu gewährleisten, sollen kompetente Kollegen in die Vertreterversammlung.

**Forum:** Beim Wahlkampf des DAZ jetzt in Berlin ist das sicher nicht Ihr einziges Thema?

**SG Berlin:** Wir wollten, wie auch von anderen Verbänden verkündet, dieses nicht als Thema zum Wahlkampf ausnutzen. Es geht um die Rente aller Beteiligten! Es gibt genug andere Probleme. An der Nahtstelle von Ost und West merken wir Berliner immer wieder, dass auch 15 Jahre nach der Wende die Unterschiede in den zahnärztlichen Arbeits- und Honorarbedingungen zwischen alten und neuen Ländern nicht eingeebnet sind.

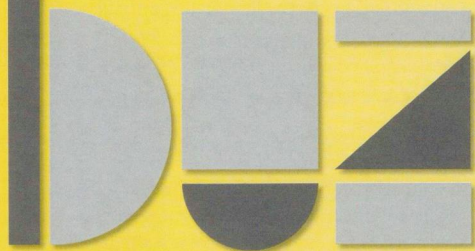
**Forum:** Diese Unterschiede gelten nicht nur für Zahnärzte.

**SG Berlin:** Natürlich nicht. Sie haben zu tun mit der wirtschaftlichen Entwicklung, der Arbeitslosigkeit usw. Gerade daraus ergibt sich für uns, anders als z.T. von anderen Verbänden propagiert, die politische Forderung, dass auch weiterhin ein großer Teil der zahnärztlichen Versorgung – eine breite Grundversorgung – solidarisch durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt werden muss. Das ist im Sinne der Kollegenschaft, vor allem aber im Interesse unserer Patienten.

**Forum:** Die Redaktion dankt für das Gespräch und wünscht der Studiengruppe Berlin viel Erfolg bei den Kammerwahlen!

*Das Gespräch führten die niedergelassene Zahnärztin Dr. Almut Gerlach aus Berlin und FORUM-Redakteurin Irmgard Berger-Orsag.*





## Zur Zukunft des Berliner Versorgungswerks

Vor welchen neuen Herausforderungen steht das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin nach 40-jährigem Bestehen? Es muss seinen Mitgliedern bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen wie bisher Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente, Witwen- und Witwerrente sowie Halb- und Vollwaisenrente gewähren. Das ist nicht neu.

Neu ist, dass der Gesetzgeber mit der 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes für unselbständige Versorgungswerke ab einem bestimmten Zeitpunkt zwingend die **Teilrechtsfähigkeit** vorgeschrieben hat. Neu ist auch, dass er die Möglichkeit eröffnet hat, rechtlich selbständige Versorgungswerke einzurichten zu können. Bislang ist unser Versorgungswerk unselbständig.

### Was beinhaltet die Teilrechtsfähigkeit?

Sie beinhaltet vor allem, dass die Vermögensmassen von Kammer und Versorgungswerk mit Wirkung für das Außenverhältnis rechtlich getrennt werden. Damit sind gegenseitige Haftungsrisiken ausgeschlossen. Wer eine Forderung gegen die Zahnärztekammer hat, kann deswegen nicht mehr in das Vermögen des Versorgungswerks vollstrecken, wer eine Forderung gegen das Versorgungswerk hat, nicht mehr in das Vermögen der Zahnärztekammer. Deshalb soll die Versorgungseinrichtung im Rechtsverkehr auch unter ihrem Namen handeln, klagen und verklagt werden können. Sie wird dabei von zwei Mitgliedern des Verwaltungsausschusses vertreten.

### Wann tritt nach der 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes die Teilrechtsfähigkeit ein?

Sie tritt mit der ersten Wahl der Vertreterversammlung, spätestens aber sechs Monate nach Inkrafttreten der 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes ein. Die 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes ist am 24. Juni 2006 im Berliner Gesetz- und Verordnungsblatt veröffentlicht und damit verkündet worden. Sie ist am Tag nach der Veröffentlichung, also am 25. Juni 2006, in Kraft getreten.

Wenn die erste Wahl der Vertreterversammlung nicht vorher stattfindet, wird unser Versorgungswerk mit Ablauf des 25. Dezember 2006 automatisch teilrechtsfähig. Für Versorgungswerke, die innerhalb drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes beschließen, eine selbständige Versorgungseinrichtung zu schaffen, wird die Teilrechtsfähigkeit für den Fall des Misslingens der rechtzeitigen Umsetzung eines sol-

chen Beschlusses weiter hinausgeschoben. Sie beginnt erst ein Jahr nach Inkrafttreten des Neunten Gesetzes zur Änderung des Berliner Kammergesetzes, also am 25. Juni 2007, wenn die Delegiertenversammlung der Kammer bis spätestens zum 25. September 2006 den Beschluss gefasst hat, ein selbständiges Versorgungswerk einzurichten zu wollen. (*§ 4 b Absatz 16 Berliner Kammergesetz*).

### Bestehen verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Teilrechtsfähigkeit?

Im Schreiben vom 21. August 2006 wird behauptet: „Ob bei einem Versorgungswerk über drei Bundesländer die Teilrechtsfähigkeit alle verfassungsrechtlichen Probleme hinsichtlich der Mitwirkung ausräumen kann, bleibt erheblich zu bezweifeln.“

Warum das erheblich zu bezweifeln sein soll, wird nicht gesagt. Es wird schlicht eine Behauptung aufgestellt. Die verfassungsrechtlichen Probleme sind aber bereits durch das Berliner Kammergesetz selbst ausgeräumt worden. Dort heißt es in § 4b Absatz 4 schließlich nicht umsonst:

*(4) Die Kammern können durch Anschlussatzung, die von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen ist, oder durch vom Land Berlin abzuschließenden Vertrag Angehörige anderer Kammern desselben Berufs mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland mit Zustimmung der anderen Kammern in ihre Versorgungseinrichtungen aufnehmen, sich einer anderen Versorgungseinrichtung desselben Berufs mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland anschließen oder zusammen mit anderen Versorgungseinrichtungen desselben Berufs eine gemeinsame unselbständige Versorgungseinrichtung schaffen. Die Beteiligung aller Mitglieder an den Organen der Versorgungseinrichtung muss entsprechend dem Anteil der Mitglieder der beteiligten Kammerbereiche an der Gesamtmitgliederszahl der Versorgungseinrichtung durch entsprechende Regelungen in der Anschlussatzung oder in dem Vertrag sichergestellt sein. Der Anteil der Beteiligung ist zu Beginn des Anschlusses und dann jeweils am Anfang der Amtsperiode der Vertreterversammlung festzulegen. Die beteiligten Kammerbereiche müssen durch mindestens ein Mitglied in der Vertreterversammlung vertreten sein.*

Das Gesetz selbst stellt damit die gleichberechtigte und demokratisch legitimierte Teilhabe der Mit-

glieder beteiligter Kammern anderer Länder sicher.

Damit ist den Bedenken des Bundesverfassungsgerichts völlig ausreichend Rechnung getragen. Derangeblich „wichtigste Grund“ für eine eigene Körperschaft erweist sich damit als nur vorgeschoben.

Diesen Fehler erkennend wurden die Delegierten in der Versammlung vom 21.09.2006 **unmittelbar vor der Abstimmung** mit einer Tischvorlage (2) konfrontiert, in der der Hausgutachter des Vorstands, Prof. Dr. Ehlers, nach zwei Seiten rechtspolitischer Ausführungen ohne jede inhaltliche Bedeutung für die zu entscheidende Frage aus heiterem Himmel zu dem Schluss kommt:

*(...) Wenn es allerdings zutrifft, dass in Berlin 18% der Kammermitglieder und in Brandenburg sogar 35% der Kammermitglieder der jeweiligen Zahnärztekammer nicht Mitglieder des Versorgungswerkes sind und von 47 Delegierten aus Berlin 3 und von 44 Delegierten 12 dem Versorgungswerk nicht angehören, ergeben sich erhebliche Legitimationsprobleme, da dann in einem wesentlichen Ausmaße Nichtmitglieder des Versorgungswerkes (über die Wahl der Delegiertenversammlung und die Wahl der Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin durch die Delegiertenversammlungsmitglieder!) über Angelegenheiten des Versorgungswerkes entscheiden können. Ob dieses mit dem Demokratieprinzip vereinbar ist, erscheint äußerst zweifelhaft. Würde gleichwohl eine solche Legitimationslösung mit der vorliegenden Regelung der Teilrechtsfähigkeit gewählt, nähme man ein sehr großes juristisches Risiko in Kauf.*

Prof. Dr. Ehlers hat bei Abgabe seiner Stellungnahme schon nicht gewusst, ob seine Prämisse zutrifft. Er behauptet ohne Begründung einfach, dass sich Legitimationsprobleme ergeben würden, wenn 3 von 47 und 12 von 44 Delegierten nicht Mitglieder des Versorgungswerkes seien, weil diese in einem „wesentliches Ausmaße“ über die Angelegenheiten des Versorgungswerkes entscheiden könnten. Er sagt nicht, wo für ihn die Wesentlichkeit beginnt. Er hütet sich auch zu sagen, dass dies mit dem Demokratieprinzip nicht vereinbar sei. Es erscheint ihm nur so, dann jedoch „äußerst zweifelhaft“. Ebenso schweigt Prof. Dr. Ehlers sich darüber aus welches „große(s) juristische(s) Risiko“ man in Kauf nehme, wenn man die Teilrechtsfähigkeit wähle.

Prof. Dr. Ehlers lehrt unter anderem Staatsrecht. Ihm können daher die Entscheidungen des Bun-



desverfassungsgerichts (2 BvR 5/98 und 2 BvR 6/98) zur demokratischen Legitimation aus dem Jahre 2002 nicht unbekannt gewesen sein, in denen es heißt:

*Ein Amtsträger ist uneingeschränkt personell legitimiert, wenn er sein Amt im Wege einer Wahl durch das Volk oder das Parlament oder durch einen seinerseits personell legitimierten Amtsträger oder mit dessen Zustimmung erhalten hat. Wird er von einem Gremium mit nur zum Teil personell legitimierten Amtsträgern bestellt, erfordert die volle demokratische Legitimation, dass die Entscheidung tragende Mehrheit aus einer Mehrheit unbeschränkt demokratisch legitimierter Mitglieder des Kurationsorgans besteht (Prinzip der doppelten Mehrheit, vgl. BVerfGE 93, 37 <67f.>).*

**Für das Bundesverfassungsgericht fangen Probleme demokratischer Legitimation also erst an, wenn die Mehrheit der unbeschränkt demokratisch gewählten Mitglieder gefährdet ist! Das ist weder bei 3 von 47 noch bei 12 von 44 Mitgliedern der Fall. Kein Wunder darum, dass Prof. Dr. Ehlers sich hier auf „Erscheinungen“ berufen hat, um ein „großes juristisches Risiko“ (unbekannter Art) beschwören zu können. Sein Papier ist das Geld nicht wert, dass der Vorstand dafür ausgegeben hat.**

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 8. März 2002, mit dem eine im Jahr 1996 eingereichte Verfassungsbeschwerde einer Brandenburger Kollegin nicht zur Entscheidung angenommen worden ist, hat denn auch keineswegs den im Schreiben vom 21. August 2006 behaupteten Inhalt.

Das Bundesverfassungsgericht hat **nicht** festgestellt, dass die direkte Wahl von Organmitgliedern für Mitglieder aller beteiligten Kammern möglich werden müsse. Es hat lediglich angemerkt, dass die Anschlussatzung der Zahnärztekammer Brandenburg aus folgendem Grund als verfassungswidrig zu erachten ist.

*„Die wenigen in der Anschlussatzung vorgesehenen Mitwirkungsrechte reichen nicht aus, um eine gleichberechtigte Teilhabe aller Pflichtmitglieder des Versorgungswerks an dessen Willensbildung sicherzustellen. Damit regelt die Anschlussatzung nicht autonom eigene Angelegenheiten der Brandenburger Zahnärztekammer. Die Satzungsversammlung hat sich vielmehr ihres bestimmenden Einflusses auf die künftige Gestaltung des Versorgungswerks gegeben, indem auf eine anteilige Mitwirkung, die freilich nur im Einvernehmen mit der aufnehmenden öffentlich-rechtlichen Körperschaft hergestellt werden kann, von vornherein verzichtet wurde. Eine solche Anschlussatzung überschreitet die verliehene Rechtsetzungsbefugnis (in diesem Sinne auch Hess. VGH, ESVGH 43, 283 <285>).“*

Wie die Verfassungswidrigkeit dieser Anschlussatzung zu beheben ist, hat das Bundesverfassungsgericht offen gelassen. Es hat keineswegs vorgeschrieben, wie die Mitwirkungsrechte gestaltet werden müssen, sondern nur festgestellt, dass sie in der seinerzeit zu beurteilenden Anschlussatzung von Brandenburg nicht ausreichend waren.

Die Regelung in § 4b Absatz 4 des Berliner Kammergesetzes berücksichtigt auch bei einer Teilrechtsfähigkeit die nötigen Mitwirkungsrechte der Mitglieder anderer Kammern völlig ausreichend.

### **Welche Argumente sprechen gegen eine Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerks?**

Die im Schreiben des Versorgungswerks angeführten Bedenken sprechen jedenfalls nicht dagegen. Was soll daran problematisch sein, dass die Vertreterversammlung des Versorgungswerks auch von Delegierten gewählt wird, die nicht dem jeweiligen Versorgungswerk angehören?

Es dürfte doch schon jetzt so sein, dass Delegierte, welche nicht Mitglieder des Versorgungswerks sind, die Vertreter des Versorgungswerks mitwählen. Und was soll daran problematisch sein, dass es in einer Kammer Delegierte gibt, die nicht dem Versorgungswerk dieser Kammer angehören?

Warum soll die „Kleinheit“ des obersten Organs des Versorgungswerks ein „großes Problem“ sein?

Dass die vorgeblich „geschätzte Meinungsvielfalt“ in der Delegiertenversammlung des Versorgungswerks erhalten bleiben müsse, ist ein Argument, das schon zur Satire reizt.

12 Personen können eine Institution mit Sicherheit effektiver überwachen als etwa 30 Personen aus vielleicht 7 verschiedenen Listen mit stundenlangem Diskussionsbedarf wegen der „geschätzte(n) Meinungsvielfalt“.

Dass verschiedene Satzungen, Wahl- und Geschäftsordnungen neu zu beschließen sind, gilt nicht nur für unselbständige Versorgungswerke, sondern in gleichem Maße für eigenständige. Das ist also auch kein tragfähiges Argument gegen ein unselbständiges Versorgungswerk mit Teilrechtsfähigkeit.

### **Welche Argumente sprechen für eine Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerks?**

**Die Trennung der Vermögensmassen ist absolut sinnvoll. Das Vermögen des Versorgungswerks, welches zur Sicherung der Rentenversprechen gebildet wurde, ist grundsätzlich von der Haftungsmasse der Kammer ausgeschlossen.** (vgl. Haftungsrisiken nach dem Arzneimittelgesetz für Ärzte - Info-Brief Nr. 11 der Berliner Ärzteversorgung vom August 2005)

Die Möglichkeit der Einrichtung der Teilrechtsfähigkeit war den Mitgliedern des Satzungsausschusses im Juni 2002 schlicht noch nicht bekannt. Die Berufung auf den Beschluss vom Juni 2002 lässt die geänderte Rechtslage völlig außer Acht.

### **Welche Argumente sprechen für ein rechtlich selbständiges Versorgungswerk?**

**Ein rechtlich völlig selbständiges Versorgungswerk führt zu einem nahezu identischen Ergebnis – mit Ausnahme eines erheblich höheren Aufwandes und erheblich höherer Kosten.**

Das Abgeordnetenhaus muss erst ein Gesetz darüber beschließen, wie die Neugründung oder Umwandlung eines unselbständigen Versorgungswerks in eine eigenständige Körperschaft erfolgen soll. Dieses Gesetz bestimmt das Abgeordnetenhaus kraft eigener Machtvollkommenheit. Man wird möglicherweise Anregungen der Zahnärztekammer berücksichtigen, aber alle Vorgaben hierzu erfolgen letzten Endes durch den Gesetzgeber.

Wie ein solches Gesetz aussehen wird, ist noch unbekannt. Es muss nicht, aber es kann Fallstricke haben, an welche man jetzt noch nicht denkt. Bei der Teilrechtsfähigkeit jetzt weiß man bereits jetzt genau, woran man ist.

Die erheblich höheren Kosten fallen nicht nur für die größere Anzahl der Vertreter an, auch wenn diese ehrenamtlich arbeiten sollen, da Ehrenämter bekanntlich mit den zugesprochenen Aufwandsentschädigungen erträglicher gestaltet werden. Es ist ein Unterschied, ob Aufwandsentschädigungen und Reisekosten für 12 Vertreter zu zahlen sind oder für mehr als das Doppelte. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der 1. Vorsitzende des Vorstandes eines Versorgungswerks erfahrungsgemäß anders zu honorieren ist als der Leiter einer Untergliederung der Zahnärztekammer. Dies gilt natürlich auch für Aufwandsentschädigungen. **Gerade in Zeiten zunehmender Mittelverknappung sollte das Prinzip der sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung wieder im Vordergrund stehen.**

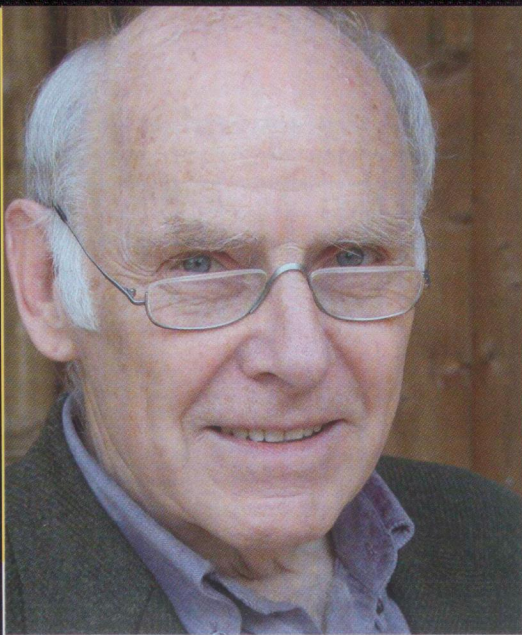
Schließlich wird man nicht außer Acht lassen dürfen, dass die staatlichen Rentenversicherungsträger schon jetzt Begehrlichkeiten im Hinblick auf die berufsständischen Versorgungswerke zeigen. Sollten Angriffe von dieser Seite aus erfolgen, würde die Zahnärztekammer mangels eigener Betroffenheit allenfalls noch Solidaradressen abgeben, aber nicht mehr selbst in die Abwehrschlacht ziehen können.

**Ein unselbständiges Versorgungswerk bleibt trotz Trennung der Vermögensmassen Bestandteil der Kammer, bei dem sich jeglicher Angriff von dieser Seite aus automatisch als Eingriff in die Autonomie der Kammer und eine verfassungsrechtlich problematische Gefährdung der Bestandsgarantie darstellen würde.**

In einer weiteren Tischvorlage(3) wurde ebenfalls erst am 21.09.2006 unmittelbar vor der Abstimmung ein Auszug aus einer rechtsgutachterlichen Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Schneider referiert. Angenommen, Prof. Dr. Schneider ist richtig zitiert worden, so war für die Delegierten in der Kürze der Zeit dennoch unkontrollierbar, ob er sein Gutachten wirklich zu der Frage erstattet hat, ob Versorgungswerke, die als unselbständige Sondervermögen der sie tragenden berufsständischen Kammer ausgestaltet sind, „sicherer“ sind als Versorgungswerke, die als eigenständige öffentlich-rechtliche Körperschaften errichtet wurden, oder ob seine Stellungnahme in diesem Fall nicht unter einer ganz anderen Fragestellung erstattet worden ist. Das Gutachten ist heute nicht einmal auf der Internetseite der ABV zugänglich. **Die Frage ist auch nicht, ob die unselbständigen oder teilrechtsfähigen Versorgungswerke in gleicher Weise in ihrer Funktionsfähigkeit bedroht wären wie Versorgungswerke, die der Landesgesetzgeber als Körperschaften des öffentlichen Rechts eingerichtet hat. Die Frage ist, in welcher Form sie einer solchen Bedrohung besser standhalten könnten. Ein Gesetz, welches die selbständigen Versorgungswerke in eine einheitliche staatliche Rentenversicherung überführen soll, betrifft dann nur diese als solche. Inwieweit dann die Kammern wegen einer Verletzung eigener subjektiver Rechte einschreiten könnten, ist fraglich. Wenn ein Versorgungswerk als teilrechtsfähige Untergliederung der Kammer betroffen wird, stehen der Kammer selbst neben dem teilrechtsfähigen Versorgungswerk Abwehrrechte zu.**

*Dr. Helmut Dohmeier-de Haan*





HOHE AUSZEICHNUNGEN  
FÜR DR. HANNS-WERNER HEY  
AUS AMMERLAND

## Was lange währt ...

krankungen und damit Verminderung pathologischer Gebissbefunde und entsprechender Behandlungen!

Deshalb ist es der Meldung wert und wird mit großer Freude mitgeteilt, dass in den letzten Wochen ein Vorkämpfer der zahnmedizinischen Primärprophylaxe geehrt und ausgezeichnet wurde. Es ist der bayrische Zahnarzt und Vater der Speisesalzfluoridierung in Deutschland, **Dr. Hanns-Werner Hey**.

Seine erfolgreiche Lebensarbeit schlägt sich, messbar und doch im einzelnen verborgen, nieder in den alle 3 Jahre von Prof. Klaus Pieper verantworteten und von der DAZ herausgegebenen Gutachten zur Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Der Vergleich der mittleren DMFT-Werte der 12-Jährigen in Europa im Gutachten 2004 ergibt, dass Deutschland heute im internationalen Feld sehr gut da steht. Vor 30 Jahren war das anders.

Die Verdienste von Dr. Hey, geboren 1939, liegen auf dem Gebiet der **Qualitätssicherung** in der Zahnarztpraxis und der **Kariesprophylaxe**. In Wort und Tat betrieb er dies durch Gründung von Qualitätszirkeln, durch publizistische Tätigkeit, durch die Gründung eines Berufsverbandes, des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) im Jahre 1979. Der DAZ, angeregt durch Schweizer Vorbilder, machte

Prävention in aller Munde – der Zahnärzte wie der Patienten, zum Glück für die Lebensqualität vieler Menschen. Aber erstaunlich, wer für sich in Anspruch nimmt, Prävention zu sein. „Implantologie ist Prävention“, las ich neulich in einer Fachzeitschrift als Werbung für eine Fortbildungsveranstaltung, und nun – nach dem 20. Berliner Zahnärztetag mit dem Generalthema Endodontie warte ich darauf, dass sich bald auch die Endodontie zur Prävention zählt. Wenn man allerdings vom „worst case“ der Zahnlosigkeit ausgeht, steckt nicht nur ein Fünkchen Wahrheit hinter dieser Vereinnahmung!

Doch sollte der Ursprungsansatz der **Primärprävention** nicht außer Acht gelassen werden. Er heißt: Förderung der von der Natur geschenkten Zahngesundheit, Verhütung von Karies und Parodontaler-

sich von Anfang an die zahnmedizinische Prophylaxe zur Aufgabe, nahm auch Einfluss auf die Gesundheitsgesetzgebung in der Bundesrepublik. Hey pflegte Kontakte zu Kliniken im Ausland, die Erfahrungen mit dem Einsatz von Fluoriden hatten. Als Pionier verfolgte er die Idee einer breitenwirksamen Prophylaxe, die ohne große Mühen auch sozial Schwächeren zu Gute käme. Es bedurfte langjähriger Vorarbeit, bis die Produktion von **jodiert-fluoridiertem Kochsalz** in der Bundesrepublik im Jahre 1992 aufgenommen werden konnte. Heys Zusammenarbeit u.a. mit dem Schweizer Hochschullehrer Prof. Marthaler und der Salzindustrie in Bad Reichenhall trug erste Früchte. Die Gründung der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ und eines wissenschaftlichen Beirates folgten. Mit ihrer Hilfe war und ist für Publizität gesorgt. Heute liegt der Absatz des jodiert-fluoridierten Speisesalzes, bezogen auf das gesamte Angebot an Haushaltspackungen, bei fast 70%.

„Mit seinem unermüdlichen Einsatz für das fluoridierte Kochsalz hat Herr Dr. Hey zusammen mit wenigen Mitstreitern einen immens hohen Zugewinn an Volksgesundheit bewirkt, wie er durch andere Maßnahmen nicht hätte erreicht werden können“ – so heißt es in der am 31. Januar 2006 in Bad Tölz-Wolfratshausen gehaltenen **Laudatio**.

Ihr liegt die vom bayrischen Staatsminister Dr. Werner Schnappauf im Dezember 2005 verliehene **Dankurkunde** für vorbildliche Leistungen im Dienste eines aktiven Schutzes von Umwelt, Gesundheit und Verbrauchern zu Grunde.

Dem Kollegen Dr. Hey gilt unsere herzliche Gratulation!

Dr. Erika Reihlen

## Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Entregelung ins Chaos?

Das im Bundesrat nicht zustimmungspflichtige Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird zum 01.01.2007 in Kraft treten. Bereits während der Beratung des Entwurfs haben DAZ und BUZ darauf hingewiesen, dass viele Regelungen des Gesetzes mit der heilberuflichen Leistung des Arztes in der persönlichen Beziehung zu einem individuellen Patienten nicht vereinbar sind. Zugleich haben sie moniert, dass durch einige der geplanten Entregelungen die Möglichkeit zur Aufsicht in wirtschaftlicher, qualitativer und mengenmäßiger Hinsicht, die trotz der Selbstverantwortung des einzelnen Vertragsarztes bisher vom Gesetzgeber und von den Kostenträgern für erforderlich gehalten wurde, stark eingeschränkt wird. Dazu im Einzelnen: Die gesetzliche Neuerung, neben einem zugelassenen Praxishauptstz Nebenstellen zu eröffnen und in diesen wie in der Erstpraxis angestellte Ärzte für sich arbeiten zu lassen, führt mit steigender Angestelltenzahl zu einer Entpersönlichung der Beziehung des Vertragsarztes zu seinen Patienten und erschwert dem Patienten die gezielte Arztwahl.

Die Gründung von Nebenstellen im Bereich anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen (KZVen) als dem der Zulassungs-KZV und noch viel mehr die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften machen es den KZVen fast unmöglich, die ihnen

übertragenen Kontroll- und Steuerungsaufgaben wie bspw. bedarfsgerechte Zulassung und Abrechnungskontrolle zu erfüllen.

In der Gesetzesbegründung finden sich als Hauptpunkte die Vermeidung von Unterversorgung und die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Eine Unterversorgungssituation ließe sich jedoch auch durch Ausnahmeregelungen beheben. Verbesserungen für Zahnärzte/innen mit Familie werden durch die Erleichterung von Angestelltenverhältnissen erreicht. Die Mitgliedschaft der angestellten Zahnärzte in der KZV ist als Vorteil zu werten. Die Möglichkeit zur Anstellung in Filialpraxen schießt wegen der genannten Negativwirkungen über das Ziel hinaus.

Dass weiter ein „fachübergreifender“ Zusammenschluss als Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gefordert wird, ist zu begrüßen – schließlich soll durch diese Zentren ja gerade die Integration verschiedener Versorgungsangebote erreicht werden. Kritisch zu sehen ist dagegen die Möglichkeit, ein MVZ als juristische Person zu führen. Dies leistet der Kommerzialisierung Vorschub. Ob das MVZ wirtschaftlicher arbeitet, ist damit nicht gesagt, denn Wirtschaftlichkeit kann nur im Zusammenhang mit der Qualität der erbrachten Leistung beurteilt werden. Diese hängt im

ärztlichen Bereich wesentlich ab von nicht-technischen beziehungs-gebundenen Anteilen.

Der Wettbewerbsgedanke spielt derzeit im Gesundheitswesen eine dominante Rolle. Umso weniger ist nachvollziehbar, weshalb der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, Grundlage eines fairen Wettbewerbes zwischen den Krankenkassen, aus dem Gesetzeswerk ausgegliedert wurde.

Ein befremdliches Verständnis von der Verantwortlichkeitsverteilung zwischen den Teilnehmern am System der Gesundheitsversorgung offenbart der Gesetzentwurf in Bezug auf die Praxisgebühr. Dass die Ärzte mit dem Kassieren der Gebühr beauftragt wurden, war schon eine strukturelle Zuordnung, aber die Mahnverfahren den KZVen aufzubürden, die in keinem Anspruchsverhältnis zum Schuldner stehen, ist eine Zumutung.

Einer der wenigen uneingeschränkt zu begrüßenden Punkte ist die geplante Aufhebung des Ost-Abchlages auf die private Gebührenordnung.

Insgesamt bewerten DAZ und BUZ das Gesetz als fehlerhaft und inkonsistent. Seine Autoren haben offensichtlich wenig Kenntnis von den existierenden Strukturen und von deren – wenn auch vielleicht teilweise unzureichendem – Funktionieren. Oder sollte gar beabsichtigt sein, durch das Herstellen chaotischer Zustände eine Handhabe für die Zerschlagung der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung zu erlangen?

Dr. Celina Schätze, stellv. DAZ-Vorsitzende, Berlin,  
Dr. Helmut Dohmeier, BUZ-Vorsitzender, Berlin



## TRÄGER DER ADOLPH-WITZEL-MEDAILLE DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ZAHNERHALTUNG (DGZ)

### Dr. med. dent. Hanns-Werner Hey

*Im Rahmen der Jahrestagung 2006 in Mainz wurde Dr. Hey aus München, Gründungsmitglied des DAZ, mit der Ehrenmedaille der DGZ ausgezeichnet. Sie erinnert an den Zahnarzt Adolph Witzel (1847-1906), der sich besonders für Zahnerhaltung und für die zahnärztliche Ausbildung engagiert und in Thüringen ein Ausbildungsinstitut für Zahnärzte gegründet hat. Die Laudatio für Dr. Hey hielt Prof. Staehle von der Universität Heidelberg:*

Im Jahr 2005 konnte erneut ein Anstieg des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz auf inzwischen 65% erzielt werden. Viele wissen nicht, wem wir in Deutschland die Einführung dieser hervorragenden Möglichkeit der Kariesprophylaxe im Jahr 1991 zu verdanken haben. Es war nicht die Initiative von deutschen Hochschullehrern oder Universitäten, auch nicht die großer Berufsverbände oder Kostenträger. Zahnärztekammern oder Gesundheitsbehörden sind ebenfalls nicht aktiv geworden. Auch seitens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften waren leider keine Anstrengungen in dieser Richtung zu verzeichnen. Die Tatsache, dass seit 1991 nicht nur jodiertes, sondern auch fluoridiertes Speisesalz in

unseren Läden erhältlich ist, geht im Wesentlichen auf das große Engagement eines niedergelassenen Zahnarztes, nämlich Herrn Dr. Hey, zurück. Dass Herr Kollege Hey bei deutschen Institutionen nicht auf Unterstützung sondern im besten Fall auf Neutralität gestoßen ist und sein Vorhaben sogar gegen den Widerstand etablierter Entscheidungsträger durchgesetzt werden musste, zeigt die Ambivalenz, mit der man bis in die 1990er Jahre hinein bei uns der Kollektivprophylaxe begegnet ist. Erst mit einigen juristischen Tricks und unter Ausnutzung europäischen Rechts wurde das „Erfolgsmodell“ der Salz-Fluoridierung in Deutschland realisiert.

Das Thema Speisesalzfluoridierung ist aber nur ein kleiner, wenn auch charakteristischer Teil des beruflichen Lebenswerkes von Herrn Kollegen Hey. Schon seit den 1970er Jahren hat er eine hohe Zivilcourage bewiesen, als er in seinem Buch „Die kranke Apollonia“ auf die Problematik eines Nebeneinanders von zahnärztlicher Unter- und Überversorgung hinwies. Selbst seine sehr moderaten Vorschläge in Richtung Sinnhaftigkeit zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen und sein Plädoyer für gesundheitliche Aufklärung und Prävention brachten ihm anfangs den gebündelten Widerstand großer Teile der verfassten Zahnärzteschaft entgegen. In dem 1980 entstandenen Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde tritt er bis heute für eine fachlich begründete Zahnmedizin mit überzeugenden Argumenten ein,

die sich wohlthuend von den vornehmlich ideologisch gefärbten Schlagworten anderer Gruppierungen abheben.

Was besonders bemerkenswert erscheint: Herr Kollege Hey hat sich bei seinen Aktivitäten immer für die Optionen der Zahnerhaltung eingesetzt. Er hat dies nicht nur gefordert sondern als niedergelassener Zahnarzt auch bei der Versorgung seiner Patienten umgesetzt und gelebt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nur konsequent, dass er sich nach seinem altersbedingten Ausscheiden aus der Praxis nunmehr in einem weiter gefassten Sinn für eine soziale Aufgabe engagiert. Er stellt seine Expertise der Entwicklungsarbeit zur Verfügung und arbeitet an zahnärztlichen Versorgungsinitiativen für die Dritte Welt mit. Seine faszinierenden Berichte über die dort gesammelten Erfahrungen werden vermutlich weitere Kolleginnen und Kollegen anspornen, ihren Horizont in dieser Richtung zu erweitern.

Herr Kollege Hey hat bei seinem mutigen Eintreten für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, bei seinen äußerst erfolgreichen Aktivitäten zur Förderung der Prophylaxe oraler Erkrankungen und nicht zuletzt bei seinem weltweiten sozialen Engagement immer auch den Gedanken der breitenwirksamen Zahnerhaltung im Auge gehabt. Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung schätzt sich deshalb glücklich, ihm für seine herausragenden Verdienste ihre Adolph-Witzel-Medaille verleihen zu dürfen.

*Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle  
Präsident der DGZ  
Heidelberg*

*In einer kurzen Replik, in der sich Dr. Hey für diese Ehrung bei der DGZ und Prof. Staehle bedankte, wies er auch auf die unterschiedliche Akzeptanz von fluoridiertem Speisesalz in Frankreich und Deutschland hin. Während auch 20 Jahre nach Einführung des Salzes in Frankreich nur 27% der Franzosen davon Gebrauch machen, wird es in Deutschland bereits von 67% der Bevölkerung, und hier vor allem von jungen Familien, benutzt. Hey führt das in erster Linie auf die Aktivitäten des wissenschaftlichen Beirats und seiner Informationsstelle für Kariesprophylaxe zurück, die der DAZ vor 15 Jahren gegründet hat und die seither regelmäßig großflächig gestreute Informationen an Zahnärzte, Prophylaxeassistentinnen, Ernährungsberater und über die Massenmedien verbreiten. Deshalb, so Hey, nehme er die Ehrung auch für seinen Berufsverband, den DAZ, und den wissenschaftlichen Beirat entgegen. Er versicherte, sich auch mit dieser erfreulichen Akzeptanz des fluoridierten Haushaltssalzes nicht zufrieden zu geben, und forderte die anwesende Kollegenschaft dazu auf, ihn dabei zu unterstützen.*

*Ein weiterer Prophylaxe-Vorkämpfer und Vertreter der Salzfluoridierung wurde kürzlich geehrt:*

## 2006 AAPHD SPECIAL MERIT-AWARD FOR OUTSTANDING ACHIEVEMENT IN COMMUNITY DENTISTRY – INTERNATIONAL FÜR

### Prof. Dr. Thomas Marthaler

*Prof. (emeritus) Dr. Thomas Marthaler, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich, wurde von der American Association for Public Health Dentistry mit dem 2006 AAPHD Special Merit-Award for Outstanding Achievement in Community Dentistry – International ausgezeichnet.*

Mit diesem Preis wird das Lebenswerk von Prof. Marthaler geehrt, vor allem seine bereits vor Jahrzehnten eingeleiteten Initiativen zur Einführung von Karies-Prophylaxemaßnahmen in der Schweiz, die bis heute beispielhaft sind. Ausgezeichnet wurde damit aber auch sein weltweites und einzigartiges Engagement zur Verbesserung der Zahngesundheit durch mehr und besse-

re Prophylaxe, zu dem auch die Einführung der Speisesalzfluoridierung in der Schweiz und anderen Ländern der Welt zählt. Prof. Marthaler ist seit Gründung der Informationsstelle für Kariesprophylaxe Mitglied des wissenschaftlichen Beirates und hat sich bereits zuvor stark für die Einführung von fluoridiertem Speisesalz in Deutschland engagiert. Der Preis wurde Prof. Marthaler

am 3. Mai 2006 anlässlich der „2006 National Oral Health Conference in Little Rock, Arkansas/USA, überreicht.

*Informationsstelle für Kariesprophylaxe  
Groß Gerau  
www.kariesvorbeugung.de*



# 15 Jahre Salz-Fluoridierung in Deutschland

Die Voraussetzungen zur Einführung von fluoridiertem Speisesalz in Deutschland waren in den 80er Jahren alles andere als günstig:

Nach dem Thalidomid – Desaster hatten die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Regierung Angst vor eventuell noch unbekanntem Schäden durch Fluoride. Für die Parteien war Prophylaxe noch kein Thema, die gesetzlichen Krankenkassen (in denen über 90% der deutschen Bevölkerung versichert sind) zeigten nur Interesse an kurzfristig realisierbaren Einsparmöglichkeiten und die privaten Krankenkassen lehnten Prophylaxeleistungen ab, weil »Prophylaxe kein versicherbares Risiko« sei. Die Internisten fürchteten eine sinkende Akzeptanz für das jodierte Speisesalz, falls das kombiniert fluoridiert-jodierte Salz die Fluorid-Gegner aktivieren würde. Und viele Zahnärzte hatten das unausgesprochene Gefühl, dass diese vielleicht doch Recht haben könnten.

Während die Schweizer Kollegen die Prophylaxe aktiv umsetzten und damit ihre gesundheitspolitische Kompetenz stärkten, hatte die deutsche Zahnärzteschaft sogar konkrete Angst vor wirtschaftlichen Einbußen. Der damalige Präsident der Bundeszahnärztekammer artikuliert öffentlich seine Befürchtung, dass die Kariesschäden zurückgehen könnten. An den 11 deutschen zahnärztlichen Universitätsinstituten gab es nur einen einzigen Lehrstuhl für Präventivzahnmedizin.

Als der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) sich dafür einsetzte, Schulzahnkliniken nach Schweizer Vorbild in Deutschland zu installieren, wurden wir als »linke Systemveränderer, Wegbereiter eines staatlichen Gesundheitssystems und Kommunisten« bezeichnet.

Deshalb suchten wir Hilfe in der Schweiz und fanden in Prof. Marthaler, Epidemiologe und Kariologe an der Universität Zürich, den entscheidenden Mentor für unser Projekt, die Zulassung zur Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in Deutschland zu erreichen. Da ein paar Jahre vorher – 1986 – Frankreich dieses Speisesalz eingeführt hatte, gelang es nach der Überwindung vieler juristischer Hürden schließlich auf dem Umweg über gesamt-europäische Regelungen und mit Hilfe eines Gutachtens von Th. Marthaler, 1991 eine – vorerst befristete –

Ausnahmeregelung für die Verwendung von französischem Fluorid-Salz zu erreichen, später dann auch für kombiniert fluoridiert-jodierte Produkte aus Deutschland.

Von den bescheidenen Anfängen bis zum heutigen 65% Marktanteil ging es dann immer stetig bergauf. Was uns noch fehlt, ist die definitive lebensmittelrechtliche Zulassung, zu der sich unsere Behörden auch nach 15 Jahren noch nicht entschließen können. Was vor allem noch fehlt, ist die Zulassung dieses Salzes für Gemeinschaftsküchen wie Mensen, Betriebskantinen und Restaurants oder zum Backen von Brot. Weil hierfür die kleinen Haushaltspackungen von 500g zu teuer sind, müsste das Produkt in Großpackungen (Säcken) lieferbar sein –

auch hierfür fehlt jedoch die Zulassung der Behörden. Umso erfreulicher, dass trotz dieser amtlichen Hindernisse das fluoridiert-jodierte Speisesalz, das jetzt auch Folsäure enthält, in Zweidrittel der deutschen Haushalte benutzt wird, besonders von jungen Familien mit Kindern. Dass das so ist, ist in erster Linie das Verdienst der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ und seines wissenschaftlichen Beirates, die seit 15 Jahren mit Broschüren und Informationsveranstaltungen die Aufklärung der Bevölkerung betreiben. Alle DAZ-Mitglieder sind hiermit nochmals aufgerufen, das Informationsmaterial der Info-Stelle für Zahnarztpraxen abzurufen und einzusetzen.

Es ist nicht übertrieben zu konstatieren, dass die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im größten Teil der deutschen Haushalte und die flächendeckende Benutzung fluoridierter Zahnpasten den eindrucksvollen Rückgang von Kariesschäden in Deutschland bewirkt haben, wie es in vielen Studien inzwischen dokumentiert ist. *Dr. Hanns-W. Hey*



Mit einem neuen Praxisratgeber zum Thema »Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz«, einem Handzettelblock »Patienten-Infos« für Patienten und einem Plakat für das Wartezimmer können Patienten jetzt noch gezielter über die Möglichkeiten der Kariesprophylaxe mit Fluoriden aufgeklärt werden. Alle drei Unterlagen gibt es als Infoset für Zahn- und Kinderärzte sowie Prophylaxekräfte kostenlos. *Foto IfK*

**Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ**  
 PF 1352, 64503 Groß-Gerau  
 Tel. 06152/81466 · Fax 06152/81788  
 daz@kariesvorbeugung.de  
 www.kariesvorbeugung.de





HILFE KANN SICH NIE AUF DIE ZÄHNE BESCHRÄNKEN

## Die Aktivitäten der Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya (AZK) weiten sich aus

Die Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. wurde 1999 von Thüringer Zahnärzten gegründet und hat mittlerweile deutschlandweit Mitglieder. Damit auch neue Forum-Leser dieses wichtige Hilfsprojekt, über das wir schon mehrfach berichtet haben, kennenlernen, hier in geraffter Form der aktuelle Stand der Aktivitäten. Weitere Infos sind über die unten stehenden Adressen sowie über die DAZ-Geschäftsstelle zu erhalten.

### Anliegen der AZK

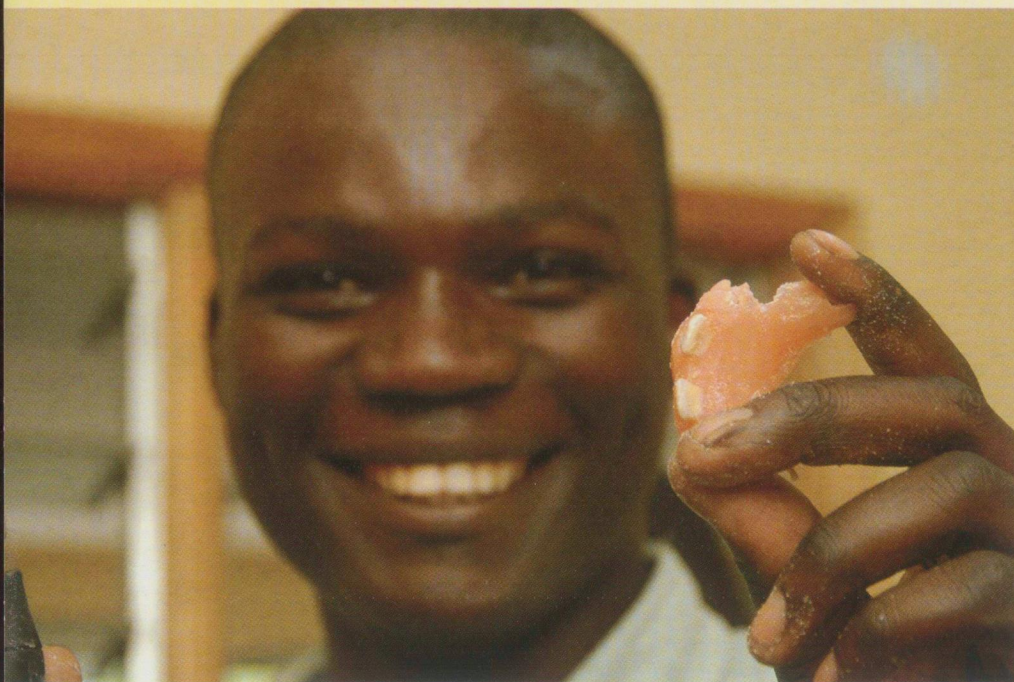
Wir haben das vorrangige Ziel, die zahnärztliche und medizinische Versorgung in Armengebieten Kenias zugunsten der mittellosen Bevölkerung zu unterstützen. Deshalb suchen wir Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker und Zahnarzthelferinnen, die vor Ort für mindestens drei Wochen Hilfe leisten.

### Zahnärztliche Projekte

Durch uns wurden bisher vier zahnärztliche Praxen in Zusammenarbeit mit kenianischen Franziskanerinnen eingerichtet, um die arme Landbevölkerung Westkenias in Nyabondo und Asumbi und die Slumbewohner von Nairobi und Nakuru zu versorgen. Alle Geräte, Instrumente und Materialien haben wir in Deutschland gekauft bzw. durch Spenden erhalten, in Containern nach Kenia transportiert und vor Ort installiert. Die meisten Menschen können sich aufgrund ihrer großen Armut und fehlender Krankenversicherungen keine Behandlung leisten. Außerdem gibt es kaum einheimische Zahnärzte. Die 150.000 Menschen, die zum Einzugsgebiet des St. Joseph's Hospital Nyabondo gehören, waren z.B. ohne qualifizierte zahnärztliche Behandlung. Unsere Unterstützung soll Hilfe zur Selbsthilfe sein. Deshalb verlangen die Franziskanerinnen für die Behandlung von den Patienten eine geringe Bezahlung zur Deckung der Unkosten, Waisenkinder erhalten kostenlose Behandlungen. Wir suchen deutsche Zahnärztinnen und Zahnärzte, die vor Ort arbeiten und ausbilden. Unser Verein sorgt weiterhin für die Bereitstellung von zahnärztlichen Materialien







und Instrumenten, unterstützt die Erhaltung der Behandlungsgeräte und die fachliche Ausbildung des Krankenhauspersonals. Außerdem bauen wir Prophylaxeprojekte auf, um Zahnkrankheiten besonders bei Schulkindern zu vermeiden. Wir bilden dafür einheimische Krankenschwestern aus. Weiterhin unterstützen wir kenianische Zahnärzte, die in den von uns eingerichteten Stationen in Nairobi und Nakuru arbeiten. Unser Ziel ist es, dass

die zahnärztlichen Behandlungen in naher Zukunft durch die Kenianer selbst abgesichert werden können.

### Zahntechnik

Von uns wurden zahntechnische Ausrüstungen nach Kenia gesendet, ein Labor im August 2001 in Nya-

bondo aufgebaut und einheimische Zahntechniker ausgebildet. Wir bitten um weitere Unterstützung durch deutsche Zahntechniker.

### Augenklinik

Wir haben wegen des enormen Behandlungsbedarfs in Zusammenarbeit mit den Franziskanern in Deutschland und Kenia in Nyabondo eine Augenklinik eingerichtet. Die Behandlungen werden durch einen kenianischen Augenarzt durchgeführt. Wir unterstützen mit Instrumenten, Materialien und suchen Augenärzte für die Hilfe vor Ort.

### Unterstützung von Waisenkindern – Patenschaftsprojekt

Bedingt durch die HIV/AIDS-Epidemie gibt es in Kenia ungezählte Waisenkinder, die in unbeschreiblicher Not und Armut leben und keine Lebensperspektive haben. Deshalb suchen wir Paten, die für Schulgeld, eine Krankenversicherung und lebensnotwendige Ausgaben (bis 360 EUR pro Jahr + 10 EUR Krankenversicherung) eines Waisen aufkommen. 250 Kindern konnten wir so schon die Zukunft sichern. Es besteht auch die Möglichkeit, als Patenschaftsförderer regelmäßig oder durch eine einmalige Spende die Waisen zu unterstützen, für die wir keine persönlichen Paten finden können.



## Selbsthilfeprojekte von Witwen

Mehr als 1.500 meist junge und HIV-positive Witwen haben sich in Selbsthilfegruppen organisiert und betreiben Projekte, die ihnen, ihren eigenen und den vielen angenommenen Kindern überleben helfen. Wir unterstützen sie durch offene und transparente Auszahlung von Spendengeldern und beim Aufbau des Witwendorfes St. Monica-Village mit Schneiderei, Kinderbetreuung und Frauenhäusern als Zufluchtstätte.

## Förderung von Nyanepha (Network of people living with HIV and AIDS in Nyakach)

Wir unterstützen seit 2001 diese in Nyabondo sehr aktive Gruppe von HIV/AIDS-Erkrankten, da sie den Mut gehabt haben, sich zu ihrer Infektion öffentlich zu bekennen, und damit einen ganz wesentlichen Beitrag zur Prävention geleistet haben, nämlich die Krankheit aus der Tabu-Zone heraus zu bringen. Die Mitglieder unterstützen sich gegenseitig durch Krankenbesuche und Medikamenten- sowie Nahrungsmittelverteilung, um so gemeinsam gegen die Erkrankung und Diskriminierung zu kämpfen. Nyanepha bekommt eine sehr geringe staatliche Förderung (Mietzuschuss, Schulungsprogramme).



D-99610 Sömmerda  
Bahnhofstraße 21  
Tel. +49 (0) 3634/ 621079  
Fax +49 (0) 3634/ 39313  
e-mail: [azk@zahnarztthilfe-kenya.de](mailto:azk@zahnarztthilfe-kenya.de)  
Internet: [www.zahnarztthilfe-kenya.de](http://www.zahnarztthilfe-kenya.de)

Arzt- u. Zahnarztthilfe Kenya  
Vereinskonto:  
140 046 798  
Patenschaftskonto: 140 051 503  
BLZ 82051000  
Sparkasse Mittelthüringen

## Unterstützung VIMA SELF HELP GROUP in Ndungwa (bei Homa Bay)

Wir fördern eine engagierte Gruppe, die durch große Solidarität untereinander die Folgen der Aidsepidemie durch Selbsthilfeprojekte einzudämmen versucht, Witwen und Waisen unterstützt und u.a. eine kleine Landklinik aufbaut.

## Neuigkeiten

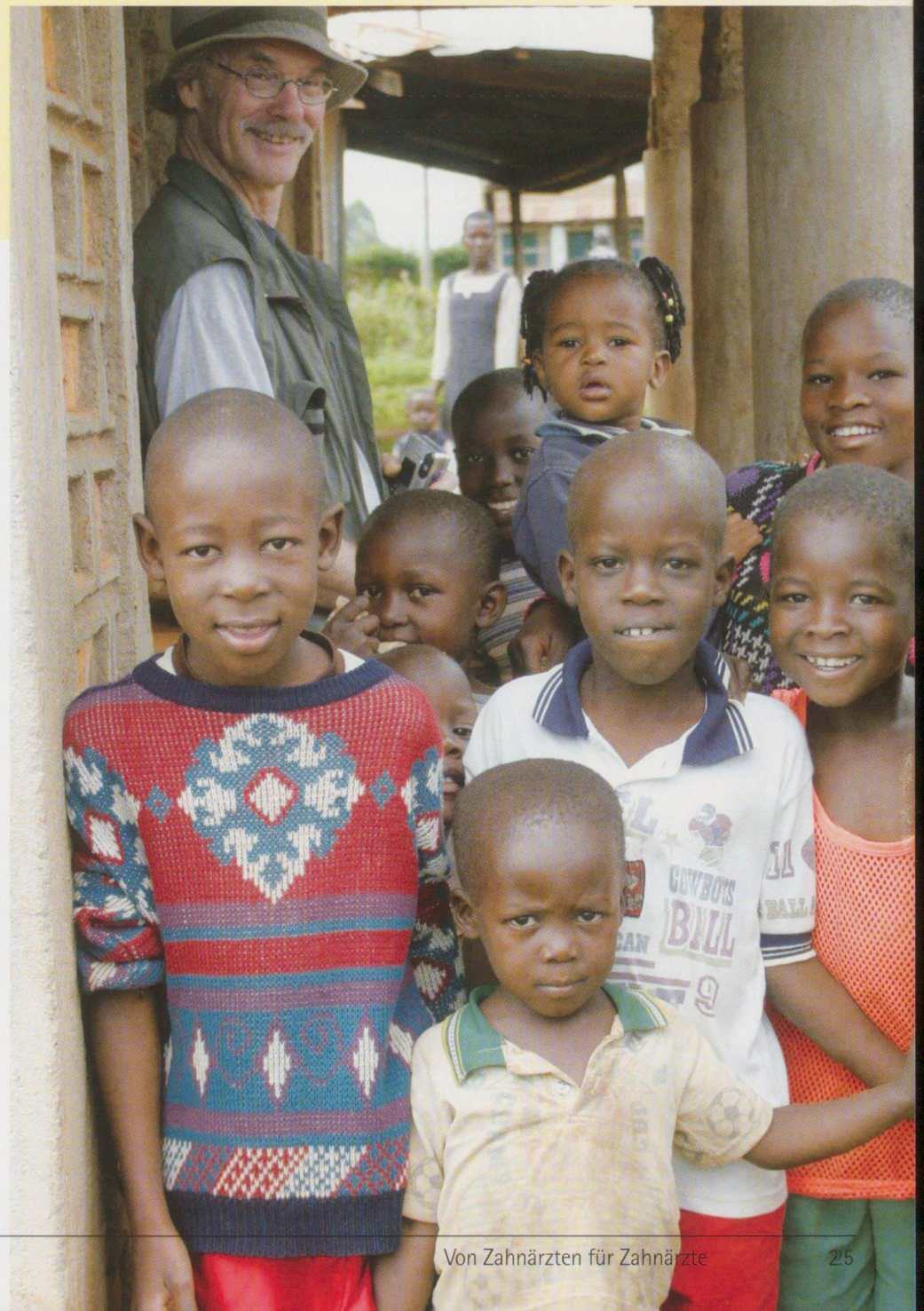
Unser nun schon fünfter Container mit zahnmedizinischer Ausrüstung für eine fünfte Praxis, für zwei zahntechnische Laboratorien, eine Optikerwerkstatt, Ausstattung für das Witwendorf St. Monica mit z.B. englischen Büchern für eine Bibliothek und dringend benötigtem Equipment für das Krankenhaus Nyabondo ist in Kenia angekommen.



Arzt- und  
Zahnarztthilfe  
KENYA e.V.

Wir möchten Sie bitten, unsere Projekte durch praktische Hilfe vor Ort, durch Eintritt in unseren Hilfsverein AZK, durch Spenden oder durch anderweitige Hilfe zu unterstützen. Wir sind ausschließlich gemeinnützig tätig, finanzieren unsere Arbeit durch Spenden und Mitgliedsbeiträge, betreiben die gesamte Arbeit ehrenamtlich und haben deshalb kaum Verwaltungskosten. Die Mildtätigkeit ist vom Finanzamt bestätigt, so dass wir für Mitgliedsbeiträge, Spenden und für die mit den Einsätzen in Kenia verbundenen Kosten Spendenquittungen ausstellen können.

*Dr. Hans-Joachim Schinkel  
AZK-Vorsitzender  
Sömmerda*





BEOBSACHTUNGEN IN KIRGISTAN

## Wo Geschicklichkeit den Mangel kompensiert



Bild 1

Wie kann man zahnärztlich arbeiten, wenn man keine richtige Beleuchtung hat, die Druckluft nicht einmal reicht, um eine Fliege zu verscheuchen, die Absaugung nicht arbeitet, die Turbine ohne Spray läuft und sich weder Behandlungsstuhl noch Arbeitssessel verstellen lassen? Man kann nicht – zumindest bei uns. Man kann – und tut es natürlich auch – in Kirgistan zum Beispiel, aber sicherlich nicht nur dort.

Im Rahmen einer vom Wolfratshäuser Konsul Reinhold Krämmel initiierten umfangreichen Hilfsaktion für ein Gebietskrankenhaus, ein Alten- und Behindertenheim und ein Waisenhaus in der Stadt Tokmok, 60 km östlich der kirgisischen Hauptstadt Bischkek, habe ich eine Zeitlang in der dortigen Zahnklinik den Kollegen über die Schulter geschaut und mitgearbeitet (Bild 1), und dabei eine Lektion erteilt bekommen, wie man mit nichts und aus nichts noch etwas machen kann.

In dieser Klinik, zu der außer 17 Zahnärzten und 8 Zahntechnikern Schwestern, Verwaltungspersonal und Sicherheitskräfte gehören, müssen die täglichen 50 bis 100 Patienten kostenlos behandelt werden, wobei für die zahnmedizinischen Basisleistungen wie Extraktionen, Injektionen und Füllungen von der Regierung ein Jahresbudget von 8000 Euro zur Verfügung steht, wovon alle Instrumente, Geräte und Materialien gekauft werden müssen. Entsprechende Leere herrscht in Schränken und Regalen, die Bohrer und Schleifkörper, die in ausgeleierten Hand- und Winkelstücken auf Doriot-Gestänge-Maschinen laufen, sind ohne Biss und Schneide und wie die Karborundscheiben nur noch rund und glatt. Handschuhe trägt nur der Chirurg – natürlich wäscht er sich damit nach jedem Eingriff, verwendet sie aber wieder. Injektionsnadeln gibt es nur in einer dicken, sterilisierbaren Einheitsgröße. Von daher ist das Geschrei der Kinder bei Zahnentfernungen mit solch einer Injektion verständlich.

Man fragt sich bei dieser Ausgangslage, ob nicht unerfüllbare Begehrlichkeiten geweckt werden, wenn man beginnt, Geräte und Material dorthin zu bringen: Was sagen die anderen 16 Zahnärzte, wenn man für einen eine neue Behandlungseinheit aufstellt? Wo soll man anfangen, wenn es nur eine Wasserleitung

gibt, aber keinen Kanalanschluss für das Abwasser? – Der 50 Jahre alte russische Kompressor tuckert noch, aber wie lange? Die handbetriebene Guss schleuder der Zahn techniker hat bedenkliche Löcher, die Schamotte-Steine des Vorwärmofens bröckeln... Die Liste der Unzulänglichkeiten ist beliebig zu verlängern. Kirgisische Zahnärzte haben nach dem Wegfall der zu Sowjetzeiten schon bescheidenen Versorgung eine bemerkenswerte Fähigkeit zur Improvisation entwickelt. Diese Tugend ist gerade jetzt im neuen Mangelbetrieb der autonomen aber bettelarmen Republik besonders gefragt. Deshalb jammert auch keiner, obwohl die meisten Grund genug dazu hätten (51% der Kirgisen leben unter der Armutsgrenze, in Tokmok sind 70% der Bevölkerung arbeitslos, da verwundert es auch nicht mehr, dass nachts die gusseisernen Gullydeckel verschwinden, die man für ein paar Som beim Schrotthändler verkaufen kann), sondern man kommt in sauberen weißen Kitteln und gestärkten, hohen weißen Mützen, die an unsere Kochmützen erinnern, zur Arbeit. (Bild 2)

Diagnostiziert wird durch Tasten und Beklopfen, keine Vitalitätsprüfung, kein Röntgenbild... Gottlob sind Süßigkeiten für die meisten zu teuer, möglicherweise gibt es auch höhere Fluoridkonzentrationen im Trinkwasser – wohl deshalb habe ich weniger zerstörte Milchgebisse gesehen als anderswo. Zu tun ist trotzdem genug. Spritzen gibt es nur für Extraktionen, für die sich 17 Behandler eine Handvoll ausgeleierter Zangen teilen. Kavitäten werden so gut es geht mit Handinstrument und schlaffem Bohrer, aber viel Geduld, excaviert und so trocken es mit etwas eingelegtem Mull möglich ist, mit einem handgemischtem Silikat- oder Gasionomermaterial gefüllt. Matrizenbänder gibt es nur noch rudimentäre, auch dieser Mangel wird durch manuelle Geschicklichkeit im Kontaktpunktbereich kompensiert.

Ganz erstaunlich und beeindruckend ist die Herstellung von Kronen und Brücken. Ich erinnere mich noch an unsere ersten Gipsabdrücke im Studium, die nach entsprechend heißer Abbindung im Mund herausgebrochen und im Labor wie ein Puzzle im Löffel zusammengesetzt wurden. Hier schafft man das z.T. sogar ohne Abformlöffel. Die Abdrücke der Zahn-

KIRGISTAN



stümpfe (im wesentlichen werden die Zähne nur am Horizont, an den Kontaktpunkten und auf der Kaufläche etwas und immer im Schmelzbereich beschliffen) werden mit einer Art Melotte ausgegossen und auf diesen Metallstümpfen eine Stahlkappe der Standardgröße 32 mit einem Press-/Stanzgerät namens Samson(!) auf die passende Größe verkleinert, konturiert und auf einem kleinen vierarmigen Amboss zu einer ansehnlichen Krone ausgedengelt. Ich habe fasziniert beobachtet, wie auf diese Weise einer Patientin in drei Sitzungen aus 6 gleichzeitig solcherart gestalteten Kronen – mit im Labor auf ebenso geschickte Weise gegossenen und verschweißten Zwischengliedern – Brücken in 3 Quadranten eingesetzt wurden! Solche Arbeiten müssen natürlich bezahlt werden. Die festgesetzten Preise dafür sind aber so niedrig – eine 4-gliedrige Brücke maximal 10 Euro – dass sie kaum die Materialkosten decken. Das Gehalt der Kollegen ist entsprechend – ohne das Gärtchen zuhause könnten viele Leute sich nicht einmal ernähren.

Vom Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete in Göttingen wurde mir eine ganze Palette mit Kleingeräten und Materialien für diese Klinik mitgegeben, eine Spende, für die sich die Kollegen und die örtliche Administration überschwänglich bedankt haben (Bild 3): Mischgeräte für Amalgam- und Composite Füllungen, Technikmotoren, Prothesenkunststoff, eine große Menge Zahngarnituren, Instrumente, Extraktionszangen, Kleinmaterial, Matrizen(!), eine Polymerisationslampe und vieles mehr. Die größte Spontanfreude bei Zahnärzten und Patienten entstand beim Einsatz des Voco-Materials Ufi Gel hard zur definitiven Sofortunterfütterung, das, »was überhaupt nicht brennt im Mund, und die Zähne gleich nicht mehr wackeln.«

Ein Röntgengerät für diese Zahnklinik ist noch auf dem Weg in einem Bahncontainer, der noch viele andere Geräte und Nützlichkeiten, u.a. 10 Krankenhausbetten für das Hospital, transportiert. Ein paar

Sachen fehlten – ich wußte ja nicht, was mich erwartet. Die bringen meine Frau und ich mit, wenn wir im Sommer nochmal hinfahren – Modellierspatel, Gipszangen, Kuvetten, Artikulatoren, chirurgisches Nahtmaterial, Schienen und Draht für die Kieferbruchbehandlung, und natürlich Anaesthetika und dünne Nadeln! Wenn jemand weiß, wie ich zu einem Vorwärmofen und einer elektrischen Gusschleuder oder anderen Laborgeräten komme, die das Technikerleben erleichtern, wäre ich für Tipps dankbar (Telefon: 08177 92044).

Beim nächsten Besuch, vielleicht mit einem befreundeten Kollegen, ist dann möglicherweise auch etwas mehr Zeit für eine Tour in die Berge, in die Gegend des riesigen, glasklaren Sees Issyk-Kul, vor der Kulisse der Fünf- und Sechstausender des Tien Schan Gebirges. Oder einfach ins weite Grasland mit seinen großen Schaf-, Rinder- und Pferdeherden, seinen wilden Reitern auf ihren schnellen Passgängern und mit seinen freundlichen Menschen. Dort erfährt man dann, wie vorbehaltlos bei uns weitgehend verschüttete Traditionen wie Bescheidenheit und Gastfreundschaft gelebt werden – und wie viele der Figuren aus den Büchern Tschingis Aitmatows, des großen Erzählers Kirgisiens, wirklich leben.

Man hat uns zum Flugplatz begleitet und geduldig die halbe Nacht mit uns auf die verspätete Maschine

gewartet. Und uns immer wieder gesagt, wie wichtig es sei, dass wir den Dank der Kollegen und des kirgisischen Volkes mit nach Deutschland nehmen. Und diesen herzlichen Dank möchte ich hier weitergeben an alle, die diese Unternehmung so großzügig und tatkräftig unterstützt haben.

Ein paar Sachen brauchen wir aber noch! (s.o.)

Dr. Hanns-W. Hey  
Münsing



Bild 2

Bild 3





# Termine

**17.-18.11.2006**

Dresden/ICC: 15. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde der blend-a-med Forschung: „Zahnheilkunde 2006 ... Sind unsere Therapiekonzepte noch zeitgemäß?"; wiss. Leitung: Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart (Tel./Fax 0800/2380023)

**17.-18.11.2006**

Berlin-Mitte/Novotel: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mit öffentlicher Veranstaltung am 17.11.06 zum Thema „Generationengerechtigkeit in den Sozialsystemen“, Referentin: Dr. Margot Käbmann, Landesbischofin Hannover (Tel. 0221/973005-0)

**18.11.2006**

14.00-19.00 Uhr, Berlin-Mitte, Praxis Dr. Eva Hübner, Chausseestr. 13 (Gartenhaus): **DAZ-Ratssitzung** – ggf. Fortsetzung am 19.11.2006, 9.00-14.00 Uhr (Ort erfragen unter Tel. 0221/97300545)

**22./23.11.2006**

Erfurt/Grand Hotel am Dom: 6. **Vertreterversammlung der KZBV** (Tel. 0221/4001-0)

**23.-25.11.2006**

Erfurt/Messe: **Deutscher Zahnärztetag 2006** (Tel. 0941/943799-0)

**29.11. 2006**

19.00 Uhr, 10115 Berlin-Mitte/Kaiserin-Friedrich-Haus (Bibliothek), Robert-Koch-Platz 7: **Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zur Information über „Die Prüfungsgremien der KZV“**, Referent: Dr. Gerlach vom Prüfungsausschuss, und Diskussion über die politischen Ziele der zur Kammerwahl antretenden Gruppierungen (Tel. 030/9915108)

**01.-02.12.2006**

Berlin/Rathaus Schöneberg: **12. Kongress Armut und Gesundheit zum Thema „Präventionen für gesunde Lebenswelten“ – „Soziales Kapital“ als Investition in Gesundheit** (www.armut-und-gesundheit.de)

**06.12.2006**

20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: **BUZ-Stammtisch** (Tel. 030/3925087)

**06.12.2006**

20.00 Uhr, Berlin-Lichtenberg/Restaurant Il Mondo, Rathausstr. 6: **Diskussion des Kammerwahlausgangs, „Wahlparty“ & Adventsfeier der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg** (Tel. 030/9915108)

**14.12.2006**

**Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg** (Tel. 04402/928811)

Einladung zu einer Fortbildungsveranstaltung der **DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg** zum Thema

## Klinische Funktionsdiagnostik

Referentin:  
Priv.-Doz. Dr. Ingrid Peroz von der Humboldt-Universität/Charité

**am 17.01.2007, 19.00 – 22 Uhr**

10115 Berlin-Mitte/Kaiserin-Friedrich-Haus (Bibliothek)  
Robert-Koch-Platz 7

Die Teilnehmer erhalten Fortbildungspunkte.

Infos unter Tel. 030/9915108 (Edeltraud Jakobczyk)

**19./20.01.2007**

Berlin/Estrel Hotel: **Berliner Zahnärztetag zum Thema „Implantologie interdisziplinär“** (Tel. 030/34808-0)

**15./16.09.2007**

Berlin-Mitte/Dietrich-Bonhoeffer-Haus: **DAZ-Jahrestagung 2007**

**20.-24.03.2007**

Köln/Messe: **IDS 2007**

**05./06.05.2007**

60486 Frankfurt/Ökohaus, Kassler Str. 1a: **DAZ-VDZM-Frühjahrstagung mit gesundheitspolitischem Vormittag** am 05.05.07 ab 10.00 Uhr und **Fachfortbildung zur Implantologie** ab 14.00 Uhr; 06.05.07 ab 9.30 Uhr **DAZ- und VDZM-Verbandssitzungen**

*Bei den Veranstaltungen der DAZ-Studiengruppen und bei den DAZ-Tagungen werden Fortbildungspunkte vergeben. Weitere Informationen unter Telefon 0221 973005-45, Telefax 0221 7391239, E-Mail daz.koeln@t-online.de*





DER DAZ STELLT SICH VOR

## Warum es so interessant ist, dabei zu sein!

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit. Dabei beinhaltet Freiberuflichkeit Freiräume, aber auch Verpflichtungen für den Zahnarzt.

Nach DAZ-Auffassung steht der Patient im Mittelpunkt des Praxisgeschehens. Nicht die Gewinnträchtigkeit einer Arbeit, sondern die medizinische Indikation ist Richtschnur zahnärztlichen Handelns.

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert. Die Fortbildungsaktivitäten werden mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung an den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und den Kriterien für Punkt-Vergabe der BZÄK, DGZMK und AWP orientiert.

### Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben informiert. Überregional gibt der DAZ die Zeitschrift „DAZ-Forum“ mit Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie Fachbeiträgen und Fortbildungsberichten heraus. Aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden per E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Pressemeldungen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de) abgefragt werden.

### Hilfe für den Zahnarztalltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistenzenausbildung und bei der Praxisneugründung, er stellt Informationen zu vielen Fragen der Praxisführung zur Verfügung und offeriert in Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund seinen Mitgliedern weitere Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

### Standespolitik

Standespolitik muss sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- den Erhalt einer fachlich umfassenden zahnärztlichen Basisversorgung innerhalb der GKV
- die Überwindung des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit.
- den Erhalt und die demokratische Weiterentwicklung der zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane
- die Aufgabe hektischer ad-hoc Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven

### Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Die Zahnheilkunde ist Teil der medizinischen Wissenschaft. Der DAZ wendet sich gegen Tendenzen zur Verflachung und Entwissenschaftlichung der Ausbildung.

### Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- strukturelle Veränderungen im Bereich der Kinderbehandlung mit dem Ziel, Kindern – und hier insbesondere Kindern aus benachteiligten Schichten – Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und zu einer Therapie auf aktuellem Stand zu eröffnen
- Zulassung von fluoridiert-jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

### Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muss die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden.

Der DAZ fordert daher:

- praktikable und plausible, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KVZen.

Der DAZ hat ein eigenes Projekt zur Qualitätssicherung etabliert, um im Rahmen seiner Möglichkeiten konkret und praktisch zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung beizutragen und zugleich beispielhaft die positiven Seiten freiwilliger, von Zahnärzten selbst initiiert Qualitätssicherungsprogramme aufzuzeigen.

## Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002:

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12,- Euro
- Angestellte/r ZÄ/ZA 96,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 192,- Euro
- ZÄ/ZA im Ruhestand 36,- Euro

Zutreffendes bitte ankreuzen

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239





Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Standespolitik zu. Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsversammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein.

Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahngesundheit (LAG).
5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

Die Gruppenprophylaxe ist Grundlage für eine effektive präventive Zahnheilkunde, die sich an sozialen Aspekten und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch jahrelange federführende Tätigkeit von Dr. Peter Nachtweh als Vorsitzendem der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahnheilkunde (LAG) sind in Berlin Strukturen initiiert und gefestigt worden, die eine flächendeckende Betreuung in den Schulen und Kindergärten sicherstellen.

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in

der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistentin derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung wurde das Phillip-Pfaff-Institut ins Leben gerufen. Dieses Institut ist als erstes Fortbildungsinstitut in der Rechtsform einer GmbH gegründet worden. Gesellschafter sind die Zahnärztekammer von Berlin und die Zahnärztekammer Brandenburg. Als eigenständige wirtschaftliche Einrichtung ist dieses Institut in der Lage, unabhängig von den Kammerhaushalten sein wissenschaftliches Programm zu organisieren und durchzuführen. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Institutsleitung bei der Erstellung und Durchführung der Fortbildungsprogramme.

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt.

Die Standespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

Die positive Umsetzung des Paradigmenwechsels in der Zahnheilkunde in Deutschland, Prävention statt Zahnersatz, ist nach Auffassung von BUZ nur ein erster Schritt auf dem Wege zu einer modernen Zahnheilkunde. Unser Ziel ist es, die Prävention zum übergeordneten Prinzip unseres beruflichen Handelns zu machen. Hierfür bedarf es in Berlin eines einflussreichen und starken Engagements.

Die Erarbeitung einer modernen und zeitgemäßen Berufsordnung ist eine große Verantwortung für uns – ebenso wie die Forderung und kreative Mitarbeit zu einer Veränderung der Approbationsordnung, um bereits in der studentischen Ausbildung den Grundstein für den Paradigmenwechsel in unserem Beruf legen zu können.

Als regionale Vereinigung ist es uns möglich uns in regelmäßigen Zeitabständen zu unserem

Stammtisch zu treffen. Jedes Quartal findet am jeweils ersten Mittwoch ein Zusammentreffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen statt. In engagierten Diskussionen werden die aktuellen Ereignisse beurteilt und über Perspektiven gesprochen. Wesentliche Impulse entstehen hierbei für die Arbeit in den berufspolitischen Gremien. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussionen ist die Nachwuchsarbeit, die Voraussetzung für die Kontinuität unserer bisherigen Arbeit ist.

In dem Bewusstsein, für die Freiheit und Selbstbestimmtheit in der Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland Verantwortung zu tragen, arbeiten wir an Konzepten für eine ausgewogene und soziale Gesundheitspolitik im Einvernehmen mit Politik, gesetzlichen Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft.

Sie sind an einer Mitgliedschaft interessiert? Rufen Sie uns einfach an oder senden/faxen uns Ihre Beitrittserklärung.

## Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder sind beitragsfrei
- Assistenz ZÄ/ZA 120,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 180,- Euro



Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V.  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin  
Tel.: 030 3023010 · Fax: 030 32556 10





# Kontakt

## Berlin

Edeltraud Jakobczyk  
Jenaer Straße 54  
12627 Berlin  
Telefon 030 9915108  
Telefax 030 99284908  
jako.zahn@telemed.de

Dr. Annette Bellmann  
Parkaue 37  
10367 Berlin  
Telefon 030 5594147  
Annette.Bellmann@web.de

## Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf  
Wilhelmstraße 3  
72764 Reutlingen  
Telefon 07121 338551  
Telefax 07121 338517  
w.i.schempf@web.de

Dr. Jörg Krämer  
Hauptstraße 215  
79211 Denzlingen  
Telefon 07666 2410

## Bayern

Dr. Eberhard Riedel  
Wolftratshäuser Straße 189  
81479 München  
Telefon 089 534552  
Telefax 089 54404484  
e\_riedel@msn.com

## Elbe-Weser

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 2  
21720 Steinkirchen  
Telefon 04142 4277  
Telefax 04142 2059  
ropers@online.de

## Hamburg

Thomas Murphy  
Poppenbütteler Chaussee 45  
22397 Hamburg  
Telefon 040 6074151  
Telefax 040 6074152  
thomas@murphy-hamburg.de

## Nordrhein

Dr. Rainer Küchlin  
Pleiserhöfner Straße 27  
53639 Königswinter  
Telefon/Telefax 02244 875124  
RKuechlin@gmx.de

## Niedersachsen

Rolf Tödttmann  
Oldenburgerstraße 291  
26180 Rastede  
Telefon 04402 928811  
Telefax 04402 928831  
RolfToedttmann@t-online.de

Dr. Roland Ernst  
Diekweg 17  
26188 Friedrichsfehn/  
Gem. Edeweicht  
Telefon 04486 6925  
Ernst.Roland@t-online.de

## Rheinhessen/Mainz

Dr. Andreas Vahlenkamp  
Betzelsstraße 27  
55116 Mainz  
Telefon 06131 222218  
Telefax 06131 237294  
a.vahlenkamp@web.de

## Schleswig-Holstein

Wolfram Kolossa  
Bahnhofstraße 43  
24217 Schönberg  
Telefon 04344 9020  
Telefax 04344 3349  
Wolfram.Kolossa@t-online.de

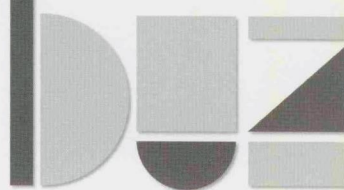
## Westfalen-Lippe

Dr. Ulrich Zibelius  
Mittelstraße 17  
32657 Lemgo  
Telefon 05261 10166  
Telefax 05261 92901  
Ulrich.Zibelius@t-online.de

## DAZ-Geschäftsstelle

Irgard Berger-Orsag  
Belfortstraße 9  
50668 Köln  
Telefon 0221 97300545  
Telefax 0221 7391239  
kontakt@daz-web.de

## Berlins unabhängige Zahnärzte e.V.



Dr. Helmut Dohmeier-de Haan  
Turmstraße 65  
10551 Berlin  
Telefon 030 3925087  
Telefax 030 3994561  
drdohmeier@onlinehome.de

Dr. Peter Nachtweh  
Kaiserdamm 97  
14057 Berlin  
Telefon 030 3023010  
Telefax 030 3255610  
peter.nachtweh@buz-berlin.de

Stefan Günther  
Georg-Wilhelm-Straße 3  
10711 Berlin  
Telefon 030 89092876  
Telefax 030 89092877  
stefan.guenther@buz-berlin.de

[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)

## Impressum

### Herausgeber/Redaktionsadresse:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel.: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239  
DAZ.Koeln@online.de  
www.DAZ-web.de

### Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

Dr. Helmut Dohmeier-de Haan  
Turmstraße 65, 10551 Berlin  
Tel.: 030 3925087, Fax: 030 3994561  
drdohmeier@onlinehome.de

**Fotos:** u.a. von photocase.com, www.kzbv.de  
**Layout:** MVVG, MediaService GmbH, Berlin

### Redaktion dieser Ausgabe:

Dr. Annette Bellmann, Irgard Berger-Orsag,  
Dr. Hanns-W. Hey, Dr. Ulrich Happ, Edeltraud  
Jakobczyk, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Celina Schätze

### Verantwortlicher Redakteur dieser Ausgabe und V.i.S.d.P.:

Dr. Eberhard Riedel

### Erscheinungsweise:

3-4x jährlich, Auflage 2.000

### Bezugsbedingungen:

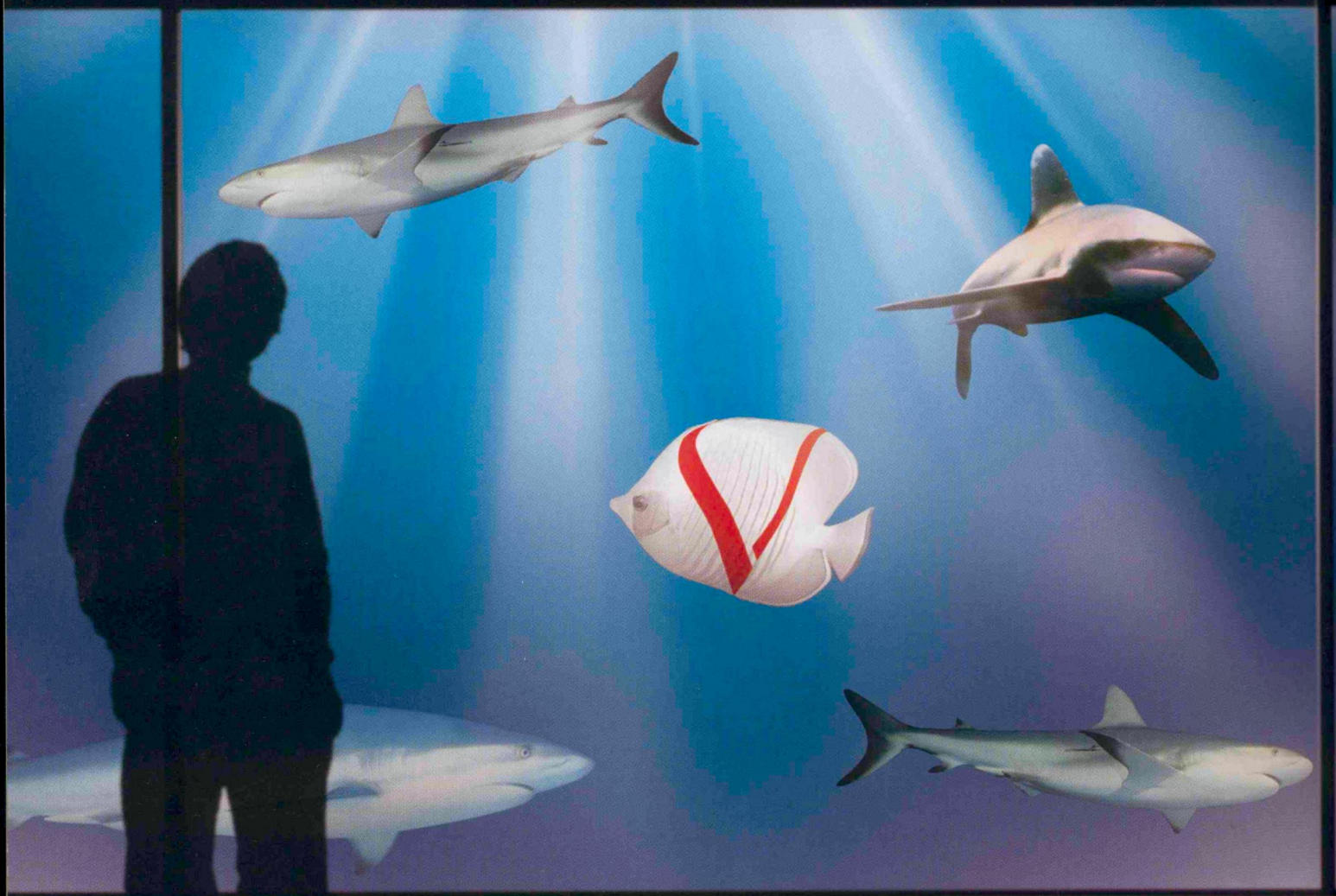
Das DAZ-Forum ist im Abonnement erhältlich.  
Jahresabo 28,00 EUR. Für Mitglieder des DAZ/BUZ  
ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten.  
Interessenten erhalten einzelne Ausgaben des  
DAZ-Forum auf Anfrage (kostenlos).

### Anzeigenverwaltung, Mediadaten:

Irgard Berger-Orsag,  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel.: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239  
DAZ.Koeln@online.de  
www.DAZ-web.de



# Sich einfach sicher fühlen!



## Permamental- Service mit Zukunft!

AMPARK Werbeagentur

Preislich als auch qualitativ bietet PERMADENTAL die optimale Lösung in Sachen Zahnersatz – und das seit mehr als 18 Jahren. PERMADENTAL liefert Ihnen die günstige Alternative für Patienten. Innovation, Fortschritt und Ästhetik – unter diesen Gesichtspunkten werden unsere Produkte entwickelt und unterliegen einer ständigen Kontrolle.

Wir gewähren Ihnen 3 Jahre Garantie auf unsere Produkte. **Durch Festzuschüsse geringe Patientenzahlung.**



**Mit Sicherheit – PERMADENTAL!**

**PERMADENTAL**  
ZAHNERSATZ

Postfach 10 07 24 • 46427 Emmerich  
www.permadental.de  
E-Mail: info@permadental.de  
freecall 08 00 - 7 37 62 33